



Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología
Secretaría Estudios de Posgrado

Doctorado en Psicología

-Plan de Estudios 1999-2011-

Tesis

La reacción terapéutica negativa en la actualidad de la pregunta por la eficacia del Psicoanálisis

Autora

Ps. Mariela Isabel Oneto

Directora de Tesis

Dra. Pura Cancina

31 de marzo de 2014

INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
Presentación de la obra	7
Puntualizaciones	8
 CAPÍTULO I: La reacción terapéutica negativa <en> la actualidad de la pregunta por la eficacia del psicoanálisis	10
I.1. Estado de la cuestión	10
I.2. La singularidad del presente enfoque	17
I.3. La tesis como ensayo	20
 CAPÍTULO II: El rechazo a la curación como obstáculo a la eficacia psicoanalítica	22
II.1. Freud y la cuestión de la terapéutica	22
II.2. La concepción freudiana del obstáculo	32
II.3. Revisión del concepto de reacción terapéutica negativa en la obra de Freud	35
II.4. La reacción terapéutica negativa en la perspectiva lacaniana	44
 CAPÍTULO III: La posición de Freud como analista en la emergencia de la reacción terapéutica negativa	50
III.1. El empeño terapéutico freudiano	50
III.2. Freud y la posición del analista	54
III.3. La reacción terapéutica negativa como respuesta en transferencia	58
III.4. La posición del analista a partir de Lacan	65
 CAPÍTULO IV: La eficacia del psicoanálisis	71
IV.1. ¿Qué es eficacia en psicoanálisis?	71
IV.2. La actualidad de la pregunta por la eficacia	81
IV.3. La posición de los psicoanalistas frente a la exigencia terapéutica	90
 CAPÍTULO V: Las incidencias de la época en la clínica contemporánea	97
V.1. Psicoterapias, la eficacia como dominio	97
V.2. De la evaluación empírica a la investigación en psicoanálisis	106
V.3. El malestar en la cultura actual	118

CAPÍTULO VI: Las formas actuales de la eficacia terapéutica	129
VI.1. El furor de curar contemporáneo	129
VI.2. Aporte del concepto de reacción terapéutica negativa para la clínica de la época	146
CONCLUSIONES	151
BIBLIOGRAFÍA	158
FUENTES DOCUMENTALES	165

A mi padre,
in memoriam

AGRADECIMIENTOS

A Pura Cancina, mi Directora de Tesis, que con su generosa apuesta me lanzó hace algunos años en este viaje,

A Hugo Avellaneda, testigo del periplo,

Y finalmente a Elsa Emmanuele, por su invalorable aporte, una vez más.

RESUMEN

Esta Tesis aborda la reacción terapéutica negativa como aquello que obstaculiza la eficacia de la cura psicoanalítica. A través del análisis de los textos freudianos y las posteriores aportaciones de Lacan, se establecen las condiciones de emergencia de este atolladero de la clínica y de la relación existente con la posición de Freud como analista.

La hipótesis que se sostiene es que el empeño terapéutico de Freud, al poner en juego un deseo de curar que se aparta del deseo del analista, hace obstáculo a la cura favoreciendo la emergencia de la reacción terapéutica negativa como respuesta del sujeto en la transferencia. A partir de dilucidar el posible carácter causal de esa relación, se interrogan las consecuencias del furor sanandi contemporáneo. El imperativo de eficacia del discurso científico -que pesa hoy sobre el psicoanálisis como cuestionamiento a sus resultados- desconoce en el sujeto lo que no quiere curarse, como real que insiste en todo tratamiento.

Las conclusiones aluden a la dimensión política que conlleva la reacción terapéutica negativa -resistencia del sujeto a toda normalización por la terapéutica de turno- y a la necesidad de un reposicionamiento frente a la dimensión de una eficacia propiamente psicoanalítica que es preciso recuperar.

INTRODUCCIÓN

Presentación de la obra

Esta Tesis surge en pleno auge de un debate teórico y político que atraviesa al psicoanálisis y que confronta una presunta ineficacia analítica para la curación con los efectos logrados por las terapias de corte no analítico. Las actuales controversias vienen, a su vez, a actualizar un cuestionamiento que el psicoanálisis soporta desde sus orígenes. Las críticas a su eficacia y a la cientificidad, tanto de su método como de sus postulados, tienen para la disciplina un carácter histórico. Paradójicamente en lo relativo a los resultados terapéuticos de su práctica, estas críticas han sido abonadas desde una posición de desinterés de muchos analistas, también histórica. En razón de ello se comienza por ubicar la dimensión terapéutica del psicoanálisis como inherente y constitutiva de la disciplina misma y de su inscripción en el contexto de la ciencia y la cultura desde sus orígenes. Se le da su cabal extensión al interés terapéutico de Freud, en su carácter propulsor de sus desarrollos teóricos y metodológicos y de las sucesivas relaboraciones al respecto.

En tanto la reacción terapéutica negativa representa de manera paradigmática un obstáculo a la eficacia, se circunscribe el estatuto del obstáculo en la obra de Freud en relación a la dirección de la cura. Una vez ubicada como tal, se procede a un recorrido por las conceptualizaciones freudianas acerca de la reacción terapéutica negativa, a fin de delimitar su estatuto teórico y clínico en relación a las nociones que la atraviesan de manera fundamental. Se aportan asimismo las puntualizaciones de Lacan al respecto.

Se identifica el empeño terapéutico de Freud como partenaire de la emergencia de la reacción terapéutica negativa en su experiencia clínica, dando fundamento a la hipótesis de que la misma representaría una respuesta del paciente a su posición inicial como analista en la transferencia; lo que da cuenta del impasse freudiano respecto de los principios de neutralidad y abstinencia con que delimita el lugar que le cabe al analista. Tal fundamentación permite poner en cuestión posteriormente las consecuencias de la presión terapéutica actual sobre los sujetos.

Con fin de situar los cuestionamientos actuales a la eficacia psicoanalítica en el marco del imperativo terapéutico de la época, se parte de establecer la concepción de la eficacia que le cabe a la experiencia analítica como relativa a la eficacia del significante pero también como concerniente a lo real del goce. Consecuentemente se analiza el contexto histórico-político que da surgimiento a los debates contemporáneos, como asimismo la incidencia de la coyuntura científica y del mercado de lo mental en las críticas al psicoanálisis como terapéutica. A su vez, se recorren los diversos posicionamientos de los psicoanalistas como modo de respuesta al respecto, en el entendido de que el lugar social actual del psicoanálisis, como su porvenir, no es ajeno a la posición de los analistas en el debate público.

Se dedica un capítulo a las principales incidencias de la época sobre la clínica de la actualidad, que constituye el suelo de determinación donde se asienta la práctica psicoanalítica hoy. Se abordan tres aspectos fundamentales al respecto: la configuración del campo psicoterapéutico actual, la incidencia del discurso de la ciencia con sus exigencias de evaluación y medición y las consecuencias de las transformaciones del lazo social y del discurso del capitalismo en los modos de malestar contemporáneo.

En primer término, se analiza la notoria proliferación de las psicoterapias y se explora la distancia que puede haber entre las prácticas psicoterapéuticas, cual sea su procedencia, y la práctica psicoanalítica; a fin de identificar las razones para ubicar la radicalidad de la eficacia analítica por fuera de la serie psicoterapéutica y a contrapelo de toda práctica de gobierno del sujeto. Se analiza luego la incidencia de la racionalidad cientificista como aquella que sostiene una ideología de la evaluación y la cuantificación generalizada, tanto de las prácticas como de los sujetos. Y se propone la investigación psicoanalítica como alternativa a la valoración empírica de la eficacia para dar cuenta de los resultados terapéuticos del psicoanálisis, tarea que se considera ineludible en el actual contexto científico y político. En tanto las transformaciones en la subjetividad contemporánea han traído aparejadas modificaciones en las presentaciones de los síntomas y correlativamente un cambio en la clínica, se abordan también en este Capítulo los efectos del discurso del capitalismo sobre el lazo social actual y sus consecuencias en los síntomas y en la modalidad que toma la demanda actual al psicoanalista.

Por último se abordan las prácticas clínicas imperantes como formas actuales de la eficacia terapéutica, para dar cuenta del modo en que, tomadas bajo el furor curandis, conllevan a una medicalización de la vida cotidiana. Así el aporte del concepto de reacción terapéutica negativa resulta fundamental, para poner en cuestión los ideales de felicidad y de eficacia que acosan al sujeto, al modo de un nuevo superyo terapéutico. En consecuencia, la contribución que la reacción terapéutica negativa puede hacer a la clínica contemporánea pone en juego una dimensión política del psicoanálisis. Constituye una demostración de que lo real más humano se encuentra más allá de todo dominio posible.

Cabe señalar, finalmente, que a lo largo de este ensayo se podrán identificar dos diagonales de lectura:

Por un lado, la eficacia del psicoanálisis en el contexto freudiano, en tanto terapéutica, y la reacción terapéutica negativa como lo que la entorpece severamente, poniendo en juego en la cura lo real de la estructura del sujeto que Freud va descubriendo simultáneamente a su experiencia. Ahí, la posición freudiana en la transferencia se revela como una especie de punto ciego, deseo de curar, apelativo del padre en la cura, que empuja al goce allí mismo donde se empeña por conseguir una mejoría. Por otro, la actualidad de la eficacia del psicoanálisis, haciendo énfasis en lo que determina esta actualidad, los discursos que la afectan, los malestares que la conforman, las prácticas que la habitan, los ideales que la atraviesan, coyuntura de la que surgen los cuestionamientos de inoperancia terapéutica que le son propios a la disciplina analítica.

La reacción terapéutica negativa opera allí como un articulador. Mirar la actualidad de la clínica desde la perspectiva de la reacción terapéutica negativa permite poner en interrogación la positividad de lo terapéutico, extrapolado del paradigma biomédico al sujeto del inconciente desde la época de Freud y hoy profundamente acentuado.

Puntualizaciones

La denominación de psicoanálisis hace referencia a un objeto epistemológico por demás complejo, puesto que no se trata de un corpus teórico-metodológico unificado ni de un todo homogéneo. Sin soslayar sus desarrollos históricos, sus diversas corrientes, sus peculiares modos de institucionalización, las diferencias

teóricas e ideológicas de sus escuelas, las referencias al psicoanálisis en este ensayo aluden –salvo especificación- de un modo amplio tanto a la doctrina freudiana como a la situación actual de la disciplina.

Asimismo, cuando se utiliza la expresión *terapéuticas actuales*, la misma es usada de manera genérica para referir tanto a las prácticas de impregnación científica, como la psiquiatría, como a las psicoterapias sin discriminación, acentuando la dimensión de la eficacia terapéutica que persiguen. Por su parte el término terapeuta, en ese mismo contexto de significación, puede aludir tanto al psiquiatra como al psicólogo o al psicoterapeuta.

El marco teórico es psicoanalítico de orientación lacaniana y no responde a ninguna filiación institucional, fiel al espíritu del ensayo que se propone. Lo que no implica una posición descomprometida, sino que quiere nutrirse de aportes considerados valiosos más allá de las *rivalidades parroquianas*, tomando los autores por su nombre no por su inscripción institucional. No se trata –sin embargo- de un eclecticismo teórico-político, sino de priorizar una opinión posicionada acorde a los principios del ensayo.

Se utiliza el estilo de escritura APA 6ta. Edición. No obstante, es preciso que sea concedida una excepción que se consideró necesaria a los fines de la estructura del trabajo. Los textos de Freud, como los de Lacan se citan de acuerdo al año de publicación original de la obra o de dictado del seminario respectivamente, por el interés de situar históricamente el trayecto de los autores respecto de las temáticas abordadas. Las Obras Completas de Amorrrortu editores corresponden todas a la edición del año 1986 y las de Biblioteca Nueva a la del año 1996. Asimismo la fecha de la edición usada de cada Seminario de Lacan, se incorpora al final de la referencia.

Muchos de los aportes más significativos a las controversias planteadas han pasado por los medios de prensa nacional e internacional, las Web y los Blogs de las instituciones psicoanalíticas, por lo que este ensayo se nutre de ese vasto material, además de las publicaciones impresas, lo que se consigna como Fuentes Documentales por separado de la Bibliografía.

CAPÍTULO I:

LA REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA <EN> LA ACTUALIDAD DE LA PREGUNTA POR LA EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS

I.1. Estado de la cuestión

Si se considera el vastísimo campo de producciones psicoanalíticas tanto teóricas como metodológicas, la reacción terapéutica negativa no ha sido de los conceptos freudianos más trabajados en la historia del psicoanálisis. Un recorrido por las investigaciones de la disciplina publicadas en las últimas décadas permite una mirada comparativa de ese aspecto diferencial. Podría constituir una investigación en sí misma identificar las causas posibles de esta cierta postergación, lo que excede obviamente el propósito de esta Tesis. No obstante, resulta interesante sostener el interrogante a los efectos de pensar el modo como este fenómeno de la clínica psicoanalítica se articula -en el presente recorrido de trabajo- respecto a la cuestión de la eficacia del psicoanálisis.

Curiosamente, las investigaciones respecto de la eficacia psicoanalítica tampoco han proliferado, hasta hace escasos años en que las contiendas contra el psicoanálisis surgidas en Europa y cuyos coletazos no tardaron en hacerse sentir por estas latitudes, lograron imponer el tema -un tanto a la fuerza- entre los propios psicoanalistas. Cierta auge actual de producciones referidas a lo que constituye el resorte de la eficacia analítica ha encontrado su desarrollo sobre todo en el seno de las instituciones psicoanalíticas. Se trata de una respuesta a la presión política sobre la disciplina, derivada de los cuestionamientos a la vigencia del psicoanálisis como método eficaz de tratamiento, en el marco de la disputa por el mercado de la salud mental.

La reacción terapéutica negativa constituye por excelencia el rechazo a la curación dentro de la cura misma. De manera un tanto paradójica la eficacia terapéutica ha encontrado su propio rechazo dentro de la disciplina misma. Si curar no constituye una finalidad del psicoanálisis, si solo cura lateralmente y por añadidura, si en ello radica su estatuto de no ser una terapia como las demás, interesarse por los efectos terapéuticos tanto como por aquello que le hace obstáculo en el seno de la experiencia del análisis, ha estado atravesado por cierto tono de desacreditación entre los analistas. En efecto, la eficacia terapéutica del psicoanálisis ha sido cuestionada, antes que nada, por los propios psicoanalistas. Algunos aforismos, pronunciados por Lacan en un determinado momento de su enseñanza y en relación a un particular momento político de la disciplina, han sido elevados al estatuto del Ideal y se han sostenido de forma acrítica alimentando los cuestionamientos respecto de la utilidad social del psicoanálisis, que lo han atravesado históricamente.

La cuestión de la reacción terapéutica negativa encierra en sí misma el interrogante por la eficacia, en tanto es una respuesta a la eficacia de un análisis pero por la vía del obstáculo. Ello implica que si hay reacción terapéutica negativa es porque hubo eficacia psicoanalítica. Cabe señalar, sin embargo, que no se trata de una fórmula que tenga su envés, la reacción terapéutica negativa supone la eficacia como un a priori, como una condición, pero la eficacia no supone en sí misma a la

reacción terapéutica negativa como efecto *sine qua non*. Se trata –por el contrario – de un fenómeno de la clínica que tiene su especificidad, pero que a la vez constituye una manifestación paradigmática para revelar la estructura del sujeto, más allá de la experiencia analítica, como determinada por el goce y la pulsión de muerte. La reacción terapéutica negativa enseña que hay curar en psicoanálisis, pero a la vez enseña lo que en el sujeto resiste a toda curación, respuesta en transferencia de un más allá del principio del placer que le es estructural.

La Tesis que aquí se desarrolla pretende inscribir esta dimensión estructural, que empuja al goce del síntoma y que se expresa en la clínica como aferramiento al malestar, en el actual contexto científico-político que –desconociendo al sujeto del inconciente- fuerza al psicoanálisis en una propensión a la eficacia terapéutica.

A fin de contribuir a delimitar el campo de problemáticas al que aporta esta Tesis y fundamentar la originalidad de la articulación que conlleva, se reseñará brevemente qué han trabajado al respecto de este tema algunos investigadores contemporáneos.

¿Qué se ha estado investigando sobre reacción terapéutica negativa?

Las investigaciones sobre la temática publicadas a partir de la última década constituyen en su mayoría ensayos desde la perspectiva básicamente del psicoanálisis freudiano, recorridos teóricos -bien de carácter clínico o bien de carácter metapsicológico- algunos de los cuales toman la reacción terapéutica negativa como contenido central, en tanto otros la abordan más lateralmente. En tal sentido, cabe citar las referencias que siguen:

Tortosa (2000) aborda la cuestión de la reacción terapéutica negativa como uno de los obstáculos para el fin del análisis en la clínica freudiana. Parte de un desarrollo en el que ubica la evolución de la concepción de la cura en los diversos momentos de la obra de Freud, en un movimiento que va desde la recuperación de todos los recuerdos olvidados al encuentro con el recuerdo imposible y desde el arte de la interpretación para llenar las lagunas del recuerdo, haciendo consciente lo inconsciente, a lo que no puede ser dicho, como aquello que hace obstáculo a la curación. Trabaja el complejo de castración como límite de la estructura a la finalización del tratamiento y sitúa la reacción terapéutica negativa como obstáculo a la curación, efecto –tal como sostiene Freud- de la necesidad de castigo bajo el fundamento de la pulsión de muerte. Se trata de un recorrido teórico por la obra freudiana que tiene al carácter de una revisión clínica y de una puntualización de conceptos.

El abordaje de la reacción terapéutica negativa que realiza Delgado (2001) apunta a ubicar con rigurosidad el estatuto del obstáculo en la obra de Freud en cruce con las elaboraciones acerca del padre y lo femenino. Trabaja para ello los desarrollos freudianos en torno a la hostilidad, la angustia, la defensa, el doble destino de la construcción y la reacción terapéutica negativa. Circunscribe a esta última como respuesta de sufrimiento en la transferencia, un desvío que implica el rechazo de las exigencias y las consecuencias del análisis, en correspondencia con el saldo lamentable del análisis del analista. Articula de manera interesante este fenómeno clínico con el lugar del psicoanalista en la dirección de la cura, en tanto representa un impasse que denuncia la posición paterna de Freud en la transferencia.

García Castiñeiras (2003) propone pensar la diferencia entre las transferencias negativas, incluso aquellas que incluyen el acting out o el pasaje al acto en su desarrollo, de lo que llama reacciones terapéuticas negativas en plural. Denomina estas últimas como reacciones negativas a la transferencia, y en tanto son posteriores a una mejoría efectiva o esperada y sin estar en una transferencia negativa, las ubica como un límite de la transferencia, incluso como una reversión de la función simbolizadora del análisis. Siguiendo la distinción de J. Lacan entre acting out y pasaje al acto, las sitúa del lado del pasaje al acto y como demoliciones de la transferencia cuando Eros (trabajo de simbolización del análisis en su progreso) tienta a un goce de la pulsión de muerte. En su recorrido hace referencia a situaciones analíticas poco frecuentes, de mucha dificultad para el analista y riesgo para el paciente.

Orozco (2004) trabaja el concepto de reacción terapéutica negativa en relación al devenir de la culpa edípica, desde la perspectiva de la escuela inglesa. Explora los efectos de la represión del deseo edípico, la formación del Superyó y la culpa inconsciente consecuentes de esa operación, tal como se establece en la enseñanza freudiana. A partir de allí, pone el énfasis en el superyo como centro de todo conflicto psíquico patológico y propone la existencia de cuatro grandes grupos psicopatológicos, resultantes –según este autor- del intento del Yo por resolver la culpa persecutoria. La reacción terapéutica negativa, se correspondería con uno de ellos, el que resulta del compromiso masoquista entre el Yo y el Superyó que Freud caracteriza en *El yo y el ello*.

Finalmente condiciona el destino del análisis a la imprescindible la resolución del conflicto entre el Yo y el Superyó, resolución que operaría mediante la transformación de la culpa persecutoria propia de la moral superyoica, en culpa depresiva propia de la ética analítica. La reacción terapéutica negativa respondería, a la permanencia de la culpa persecutoria que aborta todo intento de éxito en la cura. Punto ciego que, señala Orozco, impide cuestionar la omnipotencia de las imagos parentales superyoicas que permanecen así idealizadas.

Por su parte, Granados Pérez (2004) destaca la especificidad del concepto de reacción terapéutica negativa en su dimensión clínica, vinculado al proceso analítico como resistencia del Superyo, tal como Freud lo plantea. No obstante y a contrapelo de la concepción freudiana cuyo fundamento localiza en la manifestación muda de la pulsión de muerte, este fenómeno de carácter resistencial se encontraría paradójicamente –para este autor- al servicio de la vida. De manera tal que, profundiza en la noción de reacción terapéutica negativa como rechazo al trabajo analítico en el punto en el que este implica para el sujeto una renuncia al deseo inconsciente de completud, o dicho de otro modo, un abandono del deseo de retorno al seno materno, en el marco de la persistencia de la conflictiva edípica.

Asimismo Kligmann (2009) profundiza en torno del superyo en tanto que lugar privilegiado para la conceptualización de los fenómenos clínicos que operan como límites a la experiencia analítica. Distingue las teorizaciones acerca del superyo de las referidas a la reacción terapéutica negativa, dos cuestiones que Freud entrama en su obra desde 1923. Aborda, por una parte, el estatuto de la reacción terapéutica negativa como el principal referente clínico a partir del cual Freud construye las elaboraciones respecto del superyo. Por otro, trabaja la articulación entre el superyó, la pulsión de muerte y el masoquismo erógeno para dar cuenta de diversas configuraciones clínicas que exceden a la reacción terapéutica negativa. Entre ellas sitúa ciertas formas de fobias y psicosis, la angustia frente al superyó, la problemática de las adicciones, la compulsión del síntoma, como manifestaciones de

una exigencia de goce que permiten delimitar un superyó arcaico, distinto al heredero del complejo de Edipo.

El trabajo de Llinares Llorca (2004) destaca el papel esencial de la reacción terapéutica negativa para la sucesiva complejización de las elaboraciones freudianas. Particularmente en la encrucijada teórico-clínica que supone el pasaje de la primera a la segunda tópica, representa un resorte clínico fundamental en la producción de dicho pasaje. Para esta autora la elaboración de la segunda tópica constituye el paradigma del trabajo de contratransferencia que Freud efectúa ante la negatividad en que el paciente lo instala en la reacción terapéutica negativa, lo que lo lleva además a cuestionarse sus límites como analista. En un recorrido por las elaboraciones de autores posteriores, tales como J.-B. Pontalis, A.Green, D. Anzieu, R. Roussillon y C. Chabert, puntualiza los aportes de cada uno respecto de la temática como expresión de la continuidad del trabajo de interrogación freudiano.

En esta línea de articulación de la reacción terapéutica negativa como motor de las teorizaciones respecto de las tópicas freudianas se ubican también las investigaciones de Laznik, D., Lubián, E. y Kligmann, L., (2011). La íntima relación que se establece en la obra de Freud entre los fenómenos clínicos, los obstáculos y las limitaciones que encuentra en su práctica con las permanentes reformulaciones de la teoría psicoanalítica, constituye el hilo conductor del abordaje que los autores realizan sobre los límites de la primera tópica freudiana. Las complicaciones introducidas a partir de la reacción terapéutica negativa testimonian de la presencia de una dimensión pulsional que no alcanza a fundamentarse desde la lógica de la primera tópica. De modo que este fenómeno clínico compone el campo de acontecimientos que desde la experiencia analítica inciden en proceso de formulación hacia la segunda tópica.

La revisión conceptual realizada en la investigación precedente da lugar asimismo a otra investigación metapsicológica acerca de las consecuencias que se derivan de la formalización de la segunda tópica. Para Laznik, D., Lubián, E., Kligmann, L., Bonet, R., Bösenberg, C., Eidelsztein, F., Fukelman, G., y otros (2011) la formalización de la segunda tópica es la respuesta freudiana ante dimensiones de la clínica frente a las cuales la primera tópica resulta insuficiente, lo que conlleva a una redefinición y a una extensión del campo mismo de la clínica psicoanalítica. En este contexto de análisis abordan la reacción terapéutica negativa en el marco de los fenómenos clínicos que las nuevas teorizaciones permiten recuperar e inscribir, tales como la angustia, lo traumático, la melancolía, la compulsión de repetición, las neurosis graves, el sentimiento inconsciente de culpa, los rasgos de carácter, entre otros. Fenómenos que testimonian de los obstáculos en la experiencia analítica que Freud posteriormente ubicará como estructurales, vinculados con las resistencias mayores en la cura.

De manera novedosa Szpilka (2008) trabaja la reacción terapéutica negativa a partir de una concepción de sujeto del inconsciente como estructurado alrededor de una asunción ética. En una posición crítica de toda concepción naturalista, el inconsciente se constituye -para este autor- en un órgano ético, que resulta de la articulación en el sujeto de un bien natural e instintivo con un mal moral, fundamento mismo de lo reprimido. De modo tal que, por efecto de la represión el bien instintivo anterior resulta en un Mal natural articulado a un Bien moral. Desde esta perspectiva kantiana aborda la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición como un bien en el mal y un placer en el displacer, que solo es posible a partir del pasaje por el Edipo y como consecuencia de la injerencia del superyó. Considera a la reacción terapéutica negativa un núcleo ético conflictivo que pone de manifiesto en forma

paradigmática el factor moral que se encuentra presente en la base de todos los síntomas, a la vez que soslayado. Destaca la absoluta especificidad ética del psicoanálisis en su modalidad de abordaje del sufrimiento humano, que lo hace irreducible a cualquier intervención desde la perspectiva de la ciencia médica.

Interesa destacar especialmente las elaboraciones que Delgado e Irrazábal (2011) vienen realizando en torno de la reacción terapéutica negativa como fenómeno que pone de manifiesto la caída de la regla de abstinencia en la dirección de la cura. A partir de localizar en la obra de Freud los fundamentos de la regla de abstinencia en su dimensión ética, trabajan la articulación entre la construcción como indicación técnica de Freud y la reacción terapéutica negativa. Sostienen que la comunicación de la construcción en el análisis refuerza a la reacción terapéutica negativa una vez que esta se encuentra instalada, acentuando el agravamiento de los síntomas. Así el analista se ubica en la dirección de la cura del lado de la sugestión, produciéndose el derrumbe de la regla de abstinencia. Por el contrario, los autores sostienen que no responder a la demanda del analizante permite reconducirlo a su propia modalidad de arreglo con la pulsión, evitando así dar lugar a una práctica sugestiva.

Las contribuciones de Delgado (1998, 2001, 2005, 2008, 2011) serán un aporte importante para la hipótesis de esta Tesis que considera la emergencia de la reacción terapéutica negativa como respuesta a la posición de Freud en la transferencia, por lo que una referencia más exhaustiva acerca de sus desarrollos sobre el tema se encuentra contenida en los capítulos que siguen.

La investigación de Salinas (2012) realiza una revisión crítica de los desarrollos sobre pulsión de muerte y su manifestación en la clínica bajo la forma de reacción terapéutica negativa. Indaga, a partir del giro de 1920 en la obra freudiana, la injerencia del papel de la economía pulsional en su carácter causal de los obstáculos de la práctica psicoanalítica. Enfatiza la relevancia de la orientación que toman las elaboraciones freudianas hacia dicho factor económico-pulsional –en tanto la irrupción de lo pulsional no ligado, la desmezcla pulsional- para la conceptualización de esos mismos obstáculos de la cura. Se trata de un recorrido que pone en relación los textos metapsicológicos centrales, *Más allá del principio del placer* y *El yo y el ello*, con los desarrollos de obras posteriores como *Análisis terminable e interminable* y *Esquema de psicoanálisis*, a la luz de las conceptualizaciones que Lacan realiza en el Seminario 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, acerca de lo real como lo que siempre vuelve al mismo lugar, como aquello escondido tras la falta de representación.

Finalmente Albaya (2013) realiza una investigación bibliográfica sobre el uso abusivo y difusamente discriminado de la denominación reacción terapéutica negativa. Recorre los textos de S. Freud en los que se trata la reacción terapéutica negativa, como asimismo escritos posteriores a S. Freud, en busca de los usos y connotaciones de esta noción. Concluye que se ha producido un deslizamiento de sentido respecto de su significación original que tiene como consecuencia actual un déficit considerable en tres niveles: en su valor nominativo, por la heterogeneidad de fenómenos a la que es aplicada; en su valor descriptivo, porque los acontecimientos así nominados no responden a un patrón común; y en su valor explicativo, en tanto resulta insuficiente para dar razón de los fenómenos a los que refiere, requiriendo ser remitida a otras explicaciones causales.

Las investigaciones contemporáneas acerca de la eficacia del psicoanálisis

En cuanto a la valoración de la eficacia existen dentro del campo mismo del psicoanálisis coexisten variadas posiciones. Sin considerar las posturas que de un modo dogmático se oponen a toda valoración de la eficacia en cierto desprecio por su dimensión terapéutica, podrían situarse dos líneas generales: aquellos que consideran necesario aggiornarse al ideal científico imperante y someter los resultados del psicoanálisis a sus criterios de validación experimental. Y quienes aceptan que el psicoanálisis atienda a los requerimientos de científicidad de la época a fin de no autosegregarse del campo de las terapéuticas actuales, pero sin traicionar sus propios principios y métodos.

En la primera perspectiva constituyen un ejemplo paradigmático las investigaciones que componen el extenso informe *Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis* (Fonagy, P., Kächele, H., Krause, R.; Jones, E., Perron, R., 1999), preparado por el Comité de Investigación de la IPA en respuesta a la coyuntura política según la cual la credibilidad de la disciplina psicoanalítica depende de la adecuación de su método a los requerimientos epistemológicos de las ciencias empíricas. Recoge una multiplicidad de investigaciones sobre los resultados de prácticas enmarcadas de manera amplia dentro del psicoanálisis, en la pretensión de otorgarle bases epistemológicas para una mayor “cientificidad”. Para ello propone la conciliación de su metodología con los estándares de la biología, de manera que permita sistematizar los efectos del análisis según sus modos de evaluación y medición. Dentro de los problemas inherentes a la investigación en psicoanálisis se entiende que el estudio de casos resulta insuficiente como método de investigación, por lo que requiere ser complementado por otros procedimientos confirmatorios tales como la replicación, los estudios experimentales detallados y las investigaciones anatómicas, genéticas y neurofisiológicas.

En la segunda perspectiva –que es la que interesa profundizar a los fines esta Tesis- componen una referencia ineludible las investigaciones sobre la eficacia del psicoanálisis que viene realizando Adriana Rubinstein y su equipo en la Universidad de Buenos Aires, no solo por su contribución a la problemática sino por el carácter sistemático de sus producciones en la última década. Han desarrollado una vasta exploración de la doctrina freudiana, cuyo eje central consiste en ubicar las coordenadas fundamentales de la eficacia psicoanalítica. Sitúan la importancia de la temática a partir de la magnitud que la cuestión de la eficacia científica toma en la actualidad y de la incidencia que ha tenido en el psicoanálisis, que no queda exceptuado de los requerimientos de medición y evaluación para dar cuenta de sus resultados. En este marco *La perspectiva freudiana de la eficacia del análisis* (Rubinstein, A., Nasparstek, F. y Bachmann, R., 2005) constituye una interesante revisión de la posición de Freud y de los argumentos de que se vale para dar cuenta de la eficacia del análisis, en la que se verifica la preocupación freudiana por validar científicamente los resultados de su experiencia, pero sosteniendo las particularidades del método analítico.

Cabe destacar el interesante recorrido que se realiza en esta investigación por las posiciones de César Merea (1985) en *Criterios de Curación y Objetivos Terapéuticos en el Psicoanálisis*, de Rodolfo D’Alvia y Alfredo Maladesky (1995) *Vigencia y eficacia del psicoanálisis en el malestar en la cultura actual y en La Eficacia del Psicoanálisis* (1996), de Rodolfo Moguillansky (1996) en *Reflexiones*

acerca de la eficacia del psicoanálisis, de Oscar Paulucci (1998) en *Psicoanálisis y Salud Mental: ¿Una misma ética?* y de Mabel Fuentes (1998) en *La Eficacia Clínica en Psicoanálisis*, entre otros. Por lo que se recomienda su lectura a efectos de la ampliación de los antecedentes de la presente Tesis sobre los enfoques que rescatan la especificidad de la eficacia en psicoanálisis.

En estrecha relación con la investigación anterior, en la que se fundamenta la importancia de mantener el carácter absolutamente específico de la investigación en psicoanálisis, *La eficacia del análisis y el uso del caso en los textos freudianos* (Rubinstein, 2007) profundiza en el empleo que Freud hizo del estudio de casos, como método de prueba a la hora de legitimar la eficacia de sus descubrimientos y dar respuesta a los cuestionamientos de la ciencia de su época. La autora verifica la rigurosidad de la metodología de investigación freudiana que -a través del uso del historial- presenta verdaderas comprobaciones clínicas de los conceptos tanto como de la lógica que permite su generalización. Este recorrido constituye una respuesta a las ya citadas orientaciones psicoanalíticas que cuestionan la validez del empleo de casos como metodología de investigación de resultados en psicoanálisis, en tanto limitaría la credibilidad de la disciplina en la sociedad contemporánea.

En la misma línea Luale (2007) investiga la relación entre el uso de la casuística y la preocupación por la eficacia, como dos pilares básicos en el viraje freudiano hacia la aplicación del método psicoanalítico a las neurosis de la infancia. Viraje que va de las objeciones que Freud encontraba para instalar el dispositivo analítico con niños, a la posterior formulación de las condiciones posibles para su aplicación.

Dado el alcance que tiene en Argentina la práctica analítica en instituciones y la necesidad actual de dar cuenta de los resultados también en ese ámbito, Rubinstein (2009) desarrolla una nueva línea de investigación en esa dirección. En ella realiza un trabajo de sistematización de los efectos terapéuticos producidos a partir de intervenciones psicoanalíticas en ámbitos institucionales. Valora la lógica de producción de los resultados en diferentes dispositivos, patologías, edades y tiempos, a través de un estudio de casos que considera tanto la intervención del analista como la variabilidad de las condiciones subjetivas del paciente. Concluye acerca del alcance de los efectos terapéuticos como relativos al tipo clínico, a la modalidad de la demanda y al dispositivo en el que se producen.

Bachmann (2008) (2009) sistematiza los distintos criterios utilizados en la literatura psicoanalítica para conceptualizar los efectos terapéuticos a fin de cernir con mayor rigurosidad los elementos rectores del accionar del analista y circunscribir los resultados del tratamiento psicoanalítico a la luz de la singularidad de sus fines. Sostiene que, si bien el psicoanálisis no es ajeno al problema de la eficacia, para validar los resultados se requiere conservar las particularidades del método creado por Freud. Desestima las técnicas de validación propias de la ciencia positiva que proponen la verificación de la eficacia mediante la cuantificación de los resultados alcanzados en función de metas preestablecidas.

Por su parte, Babiszenko (2011) ubica la eficacia del tratamiento analítico en términos de un nuevo arreglo del sujeto con las condiciones de su satisfacción pulsional y como efecto de la posición del analista en el marco de la transferencia. Ello supone una singularidad que no se soporta en ideales, ni estándares y cuya exploración solo es posible en la lógica propia de los casos.

Finalmente la última investigación de Rubinstein (2012) contribuye a esclarecer a qué llamar eficacia en psicoanálisis, explorando a través del estudio de casos la eficacia del trabajo analítico en la producción de cambios en la posición del

sujeto y en sus respuestas frente al trauma. Establece que la eficacia analítica no tiene modelo por lo cual las diversas variantes que toma la eficacia de la labor psicoanalítica en cada sujeto solo pueden extraerse de la lógica propia del caso por caso.

Desarrollos importantes para la perspectiva de esta Tesis como los de Eric Laurent, Elizabeth Roudinesco y otros psicoanalistas de orientación lacaniana, se abordarán a lo largo de su desarrollo como contribución a la misma.

I.2. La singularidad del presente enfoque

La dimensión de obstáculo que supone al interior de la experiencia analítica y las sustanciales modificaciones conceptuales a las que ha dado lugar en la teoría freudiana, son los aspectos que recorren la mayoría de los trabajos sobre reacción terapéutica negativa. No obstante la contemporaneidad de las producciones, no han tomado en consideración los cambios que la época ha operado en la subjetividad y sus efectos en la clínica, ni están articulados a las consecuencias del imperativo de la eficacia -propio también de la época- sobre el tratamiento de un sujeto cuya estructura la reacción terapéutica negativa evidencia de manera reveladora.

El interés de esta Tesis radica justamente en ese entrecruzamiento. Hace énfasis en la tensión que supone articular la reacción terapéutica negativa con la eficacia del psicoanálisis bajo las condiciones que la actualidad le impone. Uno y otro término se tensionan con el prefijo **en**¹. Al inscribir la reacción terapéutica negativa **en** la actualidad de la pregunta por la eficacia del psicoanálisis esta Tesis toma como suelo los debates actuales en torno de la vigencia de la terapéutica psicoanalítica.

Como ya se ha señalado, las investigaciones actuales comprenden básicamente un ángulo clínico o un sesgo metapsicológico. La articulación que aquí se propone implica una dimensión política. Alude al lugar social actual del psicoanálisis y ubica la reacción terapéutica negativa como un concepto que permite orientar respecto de la deriva cientificista a la que los ideales imperantes conducen a la clínica.

De manera que, la reacción terapéutica negativa es tomada como la perspectiva² desde donde mirar la realidad actual de la disciplina psicoanalítica. No se trata de profundizar sobre el concepto de reacción terapéutica negativa en sí mismo, sino de comprender su sentido a partir de las conceptualizaciones freudianas y de los aportes de Lacan, para interrogar las consecuencias del furor terapéutico de la actualidad sobre los sujetos y sobre el propio psicoanálisis. Considerar la posición de Freud como analista y la relación de su *empeño terapéutico* original con la emergencia de este atolladero de la clínica, representa un aporte fundamental al respecto.

Precisamente la **hipótesis** de este trabajo sostiene que:

El empeño terapéutico inicial de Freud, en tanto pone en juego un deseo de curar que se aparta del deseo del analista, haría obstáculo a la cura favoreciendo la

¹ El prefijo **en** denota justamente en qué posición, tiempo o manera se produce una cosa, significa “dentro de” o “sobre” (Real Academia Española, 2001).

² Entendida como punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto (Real Academia Española, 2001).

emergencia de la reacción terapéutica negativa como respuesta del sujeto en la transferencia. Propuesta que supone articular ambos términos -empeño terapéutico y reacción terapéutica negativa- en una relación de tipo causal, que concierne a la cuestión de la eficacia del psicoanálisis.

Del mismo modo la presión terapéutica propia del discurso científico sobre la clínica de la época, -por cuanto desconoce lo que no quiere curarse como real que insiste en todo tratamiento-, propiciaría en el sujeto la manifestación de efectos de goce, entre ellos la reacción terapéutica negativa.

En razón de ello, constituyen los **objetivos** de esta Tesis:

- Establecer, a través de un recorrido por el pensamiento de Freud, las condiciones de aparición de la reacción terapéutica negativa y el contexto de su formalización.
- Constatar que en la obra de Freud los conceptos de pulsión y castración estarían operando como límites en su teoría para ir más allá de la reacción terapéutica negativa que en términos de impedimento.
- Repensar la noción freudiana de reacción terapéutica negativa desde la perspectiva de la enseñanza de Lacan.
- Analizar en la clínica freudiana el posible carácter causal de la relación entre empeño terapéutico como posición del analista en la dirección de la cura y reacción terapéutica negativa como una respuesta del sujeto en la transferencia.
- Valorar la incidencia en la clínica actual del imperativo terapéutico de la época, como propiciatorio en el sujeto de manifestaciones propias del goce, entre ellas la reacción terapéutica negativa.

Proponer como hipótesis que el surgimiento de la reacción terapéutica negativa en la experiencia freudiana representa una respuesta al empeño terapéutico inicial del propio Freud en el seno de la transferencia, permite captar la esencia de este fenómeno resistencial en lo que puede enseñar y advertir de los riesgos de la pasión de curar cualquiera sea su procedencia. Por lo tanto, puede sostenerse que la reacción terapéutica negativa es un concepto que interpela a la clínica contemporánea.

Por su parte, la segunda parte del título, *la actualidad de la pregunta por la eficacia del psicoanálisis*, supone asimismo su propia tensión interna, la que confronta la especificidad de la eficacia singular del psicoanálisis con los cánones del discurso de la ciencia, cuya extraordinaria expansión conforma el nuevo suelo de determinación sobre el que se asientan hoy los tratamientos del padecimiento subjetivo y -de modo amplio- las prácticas del campo de la salud mental. Las interpelaciones al psicoanálisis han sido constantes a lo largo de su historia, se han cuestionado tanto sus métodos como sus contenidos, pero el perfume incontrastable de sus efectos terapéuticos, o -para decirlo de otro modo- su utilidad social, fue desde sus orígenes el fundamento de su aceptación definitiva. Curiosamente, este aspecto constituye en los últimos tiempos el principal foco de ataque a la disciplina. La pregonada ineficacia del psicoanálisis se sostiene, en este momento histórico, en cuestiones de diverso orden, científico, político, económico, subjetivo, a saber:

- a) El imperio del discurso de la ciencia y de sus ideales de eficacia pragmática. La incidencia del paradigma de la medicina basada en la evidencia con sus requerimientos de demostración empírica de los resultados.
- b) Las exigencias del mercado de las prestaciones en salud mental, cuyos parámetros de evaluación y medición de la eficacia buscan la rentabilidad de una ecuación costo-beneficio que reprueba al método psicoanalítico en relación a otras terapéuticas más rápidas, más eficaces.

c) El auge de los desarrollos en el campo de las neurociencias con la consecuente biologización de las concepciones del sujeto, que desplazan el modelo freudiano y dan fundamento a los tratamientos químicos y cognitivo-comportamentales.

d) Las modificaciones que la época impone a la subjetividad, una nueva relación del sujeto con el goce, que genera nuevas formas de padecimiento subjetivo más refractarias a la dimensión analítica del síntoma, expresión de un goce pulsional menos anudado a lo simbólico y que afectan de manera directa a la clínica.

Curar está de moda y pone a los psicoanalistas en una encrucijada: probar la eficacia de su práctica sin quedar ubicados como un objeto más a consumir dentro de las terapéuticas del sufrimiento, en franca competencia con los objetos de las tecnociencias, los farmacológicos por excelencia.

¿Cómo han sido estas cuestiones consideradas por los analistas y cuáles las respuestas posibles desde la disciplina? ¿Qué puede aportar la reacción terapéutica negativa a estos debates? He aquí la singularidad de esta Tesis.

Retomar la noción freudiana de la reacción terapéutica negativa, en tanto revela lo real del sujeto como oposición a toda mejoría en el seno de un tratamiento, contribuye al esclarecimiento de la problemática que implica el furor curandis propio del discurso científico para la clínica de la época. A la vez que permite revalorizar la utilidad clínica de un concepto que, siendo muy valioso para la dirección de la cura, no se le ha dado su cabal dimensión en la historia del pensamiento psicoanalítico.

Metodología de investigación

A los efectos del presente recorrido de trabajo se procedió a la selección bibliográfica relativa a las temáticas en cuestión y a la lectura rigurosa de la misma, en el marco de una metodología de análisis de textos. Esta modalidad de producción de saber apunta a establecer la lógica del texto, los principios sobre los cuales se construye y los propósitos del mismo para someterlos a un examen crítico, tanto al interior del texto mismo, de las relaciones internas que sostienen sus enunciados, como de las relaciones de oposición, continuidad o discontinuidad que guardan éstos con otros enunciados procedentes del mismo autor, de otros autores o de la doctrina en la cual se inscribe (Bernal, 2007).

J.F. Pérez (1997) sostiene que el análisis de textos o –como él le denomina, la *lectura analítica*- es un procedimiento que se produce en tres tiempos y que vincula el acto de leer con la investigación. Esos tiempos de la lectura son:

- 1) la lectura intratextual
- 2) la lectura intertextual
- 3) la lectura extratextual

Según el autor, la lectura intratextual es un primer tiempo de lectura que aspira a investigar un texto, para intentar establecer, sólo desde el texto mismo, lo que éste dice. En un segundo tiempo, con la lectura intertextual se pretende cotejar y someter a discusión unidades de análisis (párrafos, conceptos, enunciados, etc.) de dos o más textos, de uno o varios autores. Finalmente, a través de la lectura extratextual como último paso se apunta a ubicar un enunciado, o un conjunto de enunciados, como campo referencial explícito en el cual debe inscribirse la lectura del texto de base (Pérez, 1997).

Esta metodología llevada al campo del psicoanálisis comporta una exhaustiva interrogación del texto y una lectura fundamentalmente exegética. La exégesis supone un trabajo de interpretación del texto consistente en determinar el sentido

que el texto asigna a cada uno de sus términos y que es efecto de la relación que establece dicho término con los demás términos del texto. De modo que cada noción, cada idea, cada párrafo, se define por las relaciones que tiene con las demás nociones, ideas y párrafos dentro del mismo texto. Interpretar un texto consiste en producir el sentido que el mismo texto impone por las relaciones que se establecen entre sus términos; cada uno de los términos de un texto adquiere su sentido a la luz del conjunto de términos de la frase o el texto (Bernal, 2007).

La disciplina del comentario sostenida por Lacan sobre la obra de Freud durante los años de su enseñanza, da fundamento a este marco metodológico. Sobre este aspecto se profundiza en el Capítulo V, apartado V.2. *De la evaluación empírica a la investigación en psicoanálisis*.

I.3. La Tesis como ensayo

Una vez delimitado el marco metodológico, esta Tesis debe ser considerada dentro del género de escritura que se denomina ensayo y que constituye una forma de exposición teórica cuyas particularidades es preciso fundamentar.

El ensayo se define básicamente por tratarse de una escritura posicionada, como señala Eduardo Grüner, uno de los principales defensores de la tradición ensayística en Argentina. Una escritura donde el autor toma posición respecto del tema que aborda y en cuyo posicionamiento radica justamente la posibilidad de rigor intelectual de lo escrito. La pretensión de esta modalidad escritural no consiste en producir un texto determinado por la objetividad o por la supuesta neutralidad científica. Muy por el contrario, hace énfasis en la toma de posición del escritor en un debate afirmado en el suelo cultural, histórico y político de su tiempo.

Es un género que le hace lugar al sujeto de la enunciación, a partir de lo cual ese pensamiento se vuelve -al decir de Grüner (1996)- “culpable” de su enunciación situada. De modo tal, el ensayo se contrapone a la creciente ideología de la transparencia que atraviesa el proceso de comunicación global, para rescatar la dimensión siempre opaca, siempre enigmática y singular que habita la experiencia subjetiva de la escritura (Ipar, s/f).

Otros autores coinciden en la noción de texto situado o posicionado como rasgo fundamental del ensayo. En tal sentido, Abraham sostiene que el ensayo incluye inevitablemente al que lo practica. Esta inclusión se produce a partir de la delegación en la sustancia del texto de una subjetividad que habla desde una determinada posición. Para este autor no debe confundirse el ensayo con una teoría, puesto que no es explicativo sino “mostrativo” y no configura un cuerpo organizado sino desmembrado.

Que se trate de un pensamiento implicado no lo torna, sin embargo, arbitrario. El ensayo tiene voluntad de verdad, pero de una verdad cuyo criterio no es el de la ciencia, se trata de una verdad conjetural, siempre contingente y ocasional (Abraham, 2005).

A los efectos de la presente Tesis, resulta importante delimitar otro aspecto fundamental del ensayo: el objeto sobre el que trata. Es un estilo donde se pone en juego, en el ejercicio mismo de la escritura, la construcción hipotética del objeto que aborda. Un ensayo no viene a dar cuenta de un objeto ya constituido, no va a volver sobre objetos ya configurados y dados por acabados, sino que va a significar -en sí

mismo- un intento de constituir el objeto. En esta construcción del objeto cobra importancia la concepción de “linde” que Grüner establece como zona de contacto entre dos terrenos claramente definidos. Esa zona “linde” constituye una zona tercera, diferente de las otras dos, una zona de nadie, que está en una permanente redefinición. Ese lugar, donde ya no hay pertenencia exclusiva a los campos previamente delimitados, se conforma como el lugar desde dónde algo nuevo puede venir a decirse (Pinto, s/f).

El objeto que compone esta Tesis puede ser ubicado en esa zona “linde” de articulación entre dos temáticas previamente definidas, a saber: la reacción terapéutica negativa y la eficacia del psicoanálisis. La novedad de la articulación radica en poner en tensión un concepto freudiano que da cuenta de un fenómeno resistencial a la cura psicoanalítica, que pone de manifiesto un sujeto aferrado al goce pulsional de sus síntomas, con el imperativo de la eficacia propio del discurso científico de la época y que pesa hoy sobre el psicoanálisis al modo de cuestionamiento de su valor terapéutico.

¿Qué decir del actual empuje a curar un sujeto que, no solo rechaza la curación, sino que encuentra en su padecimiento una satisfacción paradójica?, ¿cómo sostener la eficacia de una terapéutica que no desconozca ese real en juego?, pero a su vez, ¿cómo rechazar los ideales del cientificismo de la actualidad sin autosegregarse del campo de los tratamientos del sufrimiento psíquico, que dio nacimiento al psicoanálisis mismo y cuya eficacia le hizo lugar en la cultura?, ¿cuál es, en definitiva, la eficacia para el psicoanálisis?

Ahora bien, tal como postula Starobinski (1974), hay otra tensión que sostener en una Tesis de estas características, la tensión entre los géneros científico-académicos y el ensayo como género. En efecto, esta Tesis no persigue la exactitud de la técnica, la aplicación de una estructura metodológica que prefigure de antemano, -una vez establecidos los puntos de partida-, los datos resultantes. Se trata de la puesta en uso, como ya se ha señalado subjetivizada e historizada, de una red de relaciones que el texto establece con otros textos, más cerca de la inquietud intelectual que de la certeza especular. Más cerca de “la reflexión, que admite la creación subjetiva sin la usual exigencia panóptica de rigor científico y sin pretensión alguna de verdad objetiva” (Emmanuele, 2012, p. 12).

CAPÍTULO II:

EL RECHAZO A LA CURACIÓN COMO OBSTÁCULO A LA EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS

II.1. Freud y la cuestión de la terapéutica

El origen terapéutico del psicoanálisis

El psicoanálisis se fue instalando en la cultura por la vía de la terapéutica. Freud sostiene que en efecto “el psicoanálisis gana cada vez más partidarios como procedimiento terapéutico porque consigue en favor de los enfermos más que cualquier otro método de tratamiento” (Freud, 1926, p. 252), es decir, en virtud de su eficacia terapéutica.

En la actualidad esta es una afirmación que se ha tornado necesario fundamentar. Los cuestionamientos a los resultados del psicoanálisis por un lado y el propio proceso de institucionalización del psicoanálisis -que ha contribuido por largo tiempo a menoscabar su valor terapéutico- por otro, imponen repensar una nueva relación entre los términos psicoanálisis y terapéutica. Pero esta relación, si bien cobra nuevo sentido bajo las condiciones de la época actual, no hace más que reactualizar una pregunta que le es constitutiva.

En efecto, la cuestión de la eficacia en términos terapéuticos está presente en Freud desde el origen del psicoanálisis. O, para decirlo más precisamente, es la búsqueda de eficacia terapéutica lo que orienta la exploración que dará origen al psicoanálisis mismo. De manera que es posible situar el término eficacia en Freud como eficacia terapéutica, al menos en el principio de su obra, donde no es para él un aspecto a soslayar o un efecto colateral de su experiencia, sino que constituye - por el contrario- el móvil fundamental de sus investigaciones.

Tal como lo explicita, el psicoanálisis “en su origen conoció una sola meta: comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas «funcionales», a fin de remediar la impotencia en que hasta entonces se encontraban los médicos para su tratamiento” (Freud S., 1924a, p. 203). Entonces, comprender para remediar. Freud pone de manifiesto que la invención del psicoanálisis está dirigida a transformar una situación a partir de la cual va construyendo una teoría, y concomitantemente, un método. En efecto, la medicina encontraba un límite para el tratamiento de las enfermedades nerviosas, y el psicoanálisis emerge como respuesta a ese límite que no es otro que la impotencia terapéutica. De manera que el conocimiento de las neurosis conlleva como finalidad poder tratarlas con eficacia. Se trata de producir un cambio en el estado paciente y en el estado de la ciencia.

La situación de la terapéutica en el inicio está en relación con la condición de la ciencia médica en los tiempos del nacimiento del psicoanálisis y con el lugar tenía en ella el campo de lo mental. Cuando el joven Freud inicia su formación en medicina, el contexto científico alemán y austrohúngaro se hallaba bajo incidencia del positivismo, corriente de pensamiento cuyo alcance en ese momento desbordaba el método científico impregnando el espíritu de la época. Constituía un modo de pensar y de abordar epistemológicamente los objetos que propulsó un gran

desarrollo de las ciencias naturales, por oposición a la metafísica consecuente del romanticismo (Ramírez Ortiz, 2002). El campo de las enfermedades nerviosas -por su parte- cabalgaba aún entre la psiquiatría y la neurología y cuando Freud se introduce en el terreno clínico de la histeria se trataba de un área todavía independiente de la psicopatología que culminará de integrarse al campo psiquiátrico con los aportes del propio Freud (Bercherie, 1988).

La perspectiva terapéutica de los padecimientos mentales ocupaba una posición secundaria respecto del conocimiento propiamente dicho. Cierta nihilismo terapéutico (Roudinesco, 2000) dominaba la psiquiatría europea bajo la fuerte influencia de la nosografía alemana de Kraepelin, que conducía a observar sin escuchar y a clasificar sin pretensión de curar. Heredera de la clínica psiquiátrica clásica, -una clínica basada en la observación morfológica, en la descripción formal y exhaustiva y en la clasificación racional de las perturbaciones psicopatológicas (Bercherie, 1986)-, la psiquiatría de fines del siglo XIX parecía poder prescindir de la eficacia terapéutica.

Como los neurólogos de su época, él se había formado en pleno auge de los ideales positivistas en la investigación de los hechos anatomopatológicos y físico-químicos del cerebro y en la ligazón de ciertas funciones con determinadas zonas de la anatomía del encéfalo. Hasta ese momento las causas de las perturbaciones nerviosas se buscaban en este marco de saber médico, basándolas en distorsiones anatómicas o -más tarde- en perturbaciones funcionales más o menos leves de las mismas partes del cerebro. Los fenómenos psíquicos bajo la lógica de pensamiento positivo se tornaban inaprehensibles, habían quedado -a consecuencia del desprecio de la medicina- abandonados a los filósofos, místicos y curanderos, se consideraba a-científico consagrarse a ellos (Freud S., 1924a).

Por su parte, la ausencia de comprensión de los estados psicopatológicos perjudicaba también a la terapia que se restringía a la electroterapia, a la magnetoterapia, a la hidroterapia, a diversos métodos de tonificación, etc., con escaso reporte de resultados para la ciencia médica. Es decir que la ausencia de cientificidad atribuida a la realidad psíquica se extendía también al campo de la terapéutica, se dudaba tanto de la validez de sus métodos como de la objetividad de sus resultados.

Freud estaba compenetrado del cientificismo imperante, pero su confianza en la ciencia y el escepticismo en lo sobrenatural no le impidieron ir más allá, sin apartarse del espíritu científico original en cuanto a la determinación del valor de la experiencia como suelo para toda teorización posterior. El descubrimiento empírico de los fenómenos mentales inconcientes -en el contexto de la emergente ciencia positiva- y su paulatina elaboración teórica son tributarios de dicha posición. No obstante, si bien respetó la ambición nosológica y nosográfica de la medicina, la ambición clasificatoria de la psiquiatría y no refutó la taxonomía médica aplicada a la cosa mental (Leguil, 2000), no por ello cedió en su propósito de curar la enfermedad. Aun cuando su suelo científico desestimaba la perspectiva terapéutica, justamente por a-científica, procuró desde el comienzo de su obra una “demostración rigurosa de la eficacia terapéutica del método” (Freud, 1893-1895, p. 119) que utilizaba.

La preocupación por curar

La aspiración de curar está en el ideal médico de Freud incluso antes de su relación con el campo de las psiconeurosis. En tal sentido es instructivo destacar

que en el año 1884 fue un precursor en el uso terapéutico del cloruro de cocaína aplicado las dolencias corporales, prosiguiendo los experimentos del Doctor Von Anrep (médico e investigador del Instituto Farmacológico de Wurzburg) (Trotta, L. y Araújo, F., 2006). En ese mismo año, habiendo curado un catarro gástrico de manera exitosa escribió a su novia Martha: “En una palabra, es apenas ahora que me siento médico, puesto que he ayudado a un enfermo y tengo la esperanza de ayudar a otros” (Jones, 1981, p. 99).

Freud, médico desde 1882, abandona la investigación para dedicarse a la práctica médica por sugerencia del mismo Brucke y atendiendo a su delicada situación económica. Paul-Laurent Assoun (1998) sostiene que cuando Freud pasa del laboratorio de Brucke al hospital, universo de la terapéutica, ese paso por la práctica hospitalaria significa para él el abandono de la ciencia, en el sentido de la investigación propiamente dicha. De modo que, para este autor, la terapéutica no es originaria en Freud, lo primario es una “sed de saber” dirigida a la condición humana, que se va a satisfacer por medio de la observación objetiva una vez discernido su valor también en el plano terapéutico. No obstante, “el hecho de tomar en cuenta la *forma de existencia neurótica* y la etiología sexual desemboca en un imperativo terapéutico específico” (Assoun, 2003, p. 117).

Lacan, por su parte, utiliza la expresión “preocupación de curar” para referirse a la posición inaugural de Freud, que no era un teórico de la investigación sino que quería transformar algo. Va a decir que Freud estaba determinado por su preocupación de curar y que es esa determinación la que le permite dar el paso fecundo de reconocer la sustancia de la que está hecha la realidad humana “en la medida que se aplica a transformarla” (Lacan, 1936, p. 74). Un rechazo por la realidad psíquica se le imponía a todo médico que se preciara de científico. Freud, sin embargo, logra sustraerse de esa exigencia y “justamente por ser médico, es decir, un práctico por excelencia de la vida íntima” (p. 74), no encuentra motivos para condenar el testimonio del enfermo, sino que –por el contrario- constituye con ello la experiencia analítica.

En la misma línea Assoun considera:

El acontecimiento freudiano va a dejar huella en la racionalidad médico-terapéutica misma. Lo que se designa como técnica psicoanalítica no es más que un dispositivo ad hoc para acusar recibo, de algún modo, de un “material” inédito (Assoun, 2003, p. 117).

Si bien, “la terapéutica hereda la desconfianza de Freud respecto a la experimentación basada en el contacto directo” con el paciente, propia del positivismo predominante (Assoun, 1998, p. 109), se va a separar del ideal científico de su época en cuanto a la concepción de la terapéutica al establecer en ese campo una nueva perspectiva metodológica que le permita tratar los hechos clínicos a la vez como datos objetivables y como hechos de discurso.

Hay en Freud una tensión entre su compromiso con la ciencia y el objeto de su interés científico, que lo enfrenta a un doble desafío: por un lado darle estatuto médico a los fenómenos del inconsciente, por otro otorgar fundamentos de rigor científico a los métodos terapéuticos. Y si bien la terapéutica de los padecimientos mentales ocupaba un mal lugar en la racionalidad médica, estaba rezagada en el avance hacia lo científico, Freud hace entrar la terapéutica en la ciencia al “ofrecer una base racional a los empeños médicos tendientes a suprimir el sufrimiento” (Freud, S., 1924a, p. 209).

En ese sentido es un antecedente fundamental el episodio donde Freud descubre los efectos terapéuticos de la cocaína porque allí adscribe el problema terapéutico de la cocaína “al problema de la observación y del análisis de los efectos terapéuticos de una sustancia dada” (Assoun, 1998, p. 110) De tal manera Freud logra fijar la racionalidad del procedimiento terapéutico que le dará objetividad al hecho clínico. “Su investigación se conecta con su práctica terapéutica por la aparición de un planteamiento que produce efectos controlados, regulados por un procedimiento” (p. 112). De este modo Freud logra articular rigor científico y terapéutica. Será en el paso por La Salpêtrière donde esta disposición científica encontrará posteriormente su objeto.

Cuando el joven Freud decide dirigirse a París a proseguir sus estudios neuropatológicos, lo hace impulsado por los asombrosos descubrimientos de la corriente francesa en el campo del hipnotismo pero –fundamentalmente- “por la importancia práctica de tales descubrimientos en el tratamiento de la histeria” (Freud, 1956 [1886], p. 5)

A partir de aquí su interés científico conmovido por la inspiración de Charcot, - de quien él mismo se considerará un “admirador incondicional” (Freud, 1956 [1886], p. 10)- tendrá un viraje histórico: de la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso a la comprensión del campo de las neurosis como lesiones funcionales y dinámicas, es decir: de la neurología a la psicopatología.

No obstante su explícito interés terapéutico, Freud encuentra allí la impronta propia de la psiquiatría y neurología de su época, una preocupación mayor por describir y clasificar que un interés por la perspectiva del tratamiento de las afecciones propiamente dicho. Charcot “[...] no descansa hasta haber descrito de manera correcta, y clasificado, cada fenómeno de que se ocupa” (Freud, 1956 [1886], p. 13). Pero el principal interés de su maestro por los fenómenos de la hipnosis radicaba en obtener mediante su estudio científico una suerte de teoría sobre la sintomatología histérica, para poder así constituir tipos clínicos de esta afección. Se trataba de un método básicamente exploratorio, la finalidad terapéutica de la hipnosis permaneció para Charcot relegada.

No puede decirse lo mismo Freud. En su texto *Histeria* de 1888 y bajo la directa influencia de las doctrinas de Charcot Freud sostiene la hipótesis de que la histeria descansa por completo en modificaciones fisiológicas del sistema nervioso, cuyas relaciones de excitabilidad entre las diversas partes de dicho sistema no se ha hallado todavía. Hasta ese momento solo le será posible definir la neurosis en términos puramente nosográficos, por el conjunto de los síntomas que presenta, sin mirar por los nexos más estrechos entre estos fenómenos (Freud, S., 1888a), empresa a la que se dedica con detenimiento en esta obra. Sin embargo en este mismo texto, que figura entre los considerados textos pre-psicoanalíticos de Freud, aun cuando no ha podido avanzar lo suficiente en su etiología ya se observa la determinación freudiana de curar la enfermedad. En razón de ello dedica todo un apartado completo a *La terapia de las neurosis*, donde manifiesta su particular interés por el tratamiento de una afección difícil de dominar. “En ninguna otra enfermedad –expresa- puede el médico obtener logros tan milagrosos o quedar tan impotente” (Freud S., 1888a, pág. 59).

Así, a los fines terapéuticos distingue tres tareas: el tratamiento de la predisposición histérica, el tratamiento de los estallidos histéricos –que denomina histeria aguda- y el tratamiento de los síntomas histéricos singulares o histeria local. Y recomienda diversas modalidades de tratamiento que van desde las medidas profilácticas pasando por toda clase de medios terapéuticos vigorizantes, masajes,

faradización o electroterapia, hidroterapia, ejercicios físicos, hasta la hipnosis y la sugestión; a las que analiza desde la perspectiva de la eficacia de la cura. La importancia de obtener resultados terapéuticos resulta tan notoria en esta etapa del recorrido freudiano como la precariedad de los métodos que disponía para lograrlos. Expresiones como “el éxito es a menudo maravilloso y duradero” o -en el otro extremo- “el médico nunca conseguirá éxito alguno en el tratamiento de histéricos” (Freud S., 1888a, págs. 60-61) dan cuenta de la dimensión que toma y de los vaivenes que enfrenta la cura en este momento inicial de su obra.

La búsqueda del procedimiento terapéutico

La exploración de procedimientos de mayor eficacia para el tratamiento de la histeria lo lleva a interesarse por el método de Josef Breuer quien fue el primero en practicar la hipnosis en Viena. “Este método de tratamiento es de reciente data, pero brinda éxitos terapéuticos que de otro modo no se alcanzan” (Freud S., 1888a, p. 62). Se trata de reconducir al enfermo, una vez hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecimiento, y ceñirlo a confesar la situación psíquica a partir de la cual se generó la correspondiente perturbación. Aquí se refiere por primera vez al *tratamiento psíquico* directo de síntomas histéricos como aquel que llegará a ser el más utilizado cuando en los círculos médicos se comprenda mejor el papel de la sugestión hipnótica tal como estaba siendo utilizada por Bernheim en Nancy, en cuyos aportes Freud se había interesado de manera concomitante.

En efecto, el verdadero alcance del procedimiento hipnótico lo va a encontrar en las investigaciones de H. Bernheim, quien se compromete específicamente en las aplicaciones terapéuticas de la hipnosis dándole así el estatuto de método terapéutico³. En 1988 traduce al alemán una obra de este autor cuyo título original es *De la suggeston et de ses application á la thérapeutique* (París, 1886). Allí destaca el extraordinario valor práctico de la obra, en cuya segunda parte se ofrecen pruebas del potente método terapéutico que brinda al médico la aplicación de la sugestión hipnótica. (Freud, S., 1888b, p. 81)

No obstante y conciente de la actitud hostil y desfavorable de sus contemporáneos alemanes hacia la hipnosis Freud plantea que “es lícito formular el deseo de que los médicos alemanes se ocupen del problema y del procedimiento terapéutico” (1888b, p. 82) Atendiendo a la escasa dimensión que la psiquiatría alemana daba justamente a los aspectos relativos a la curación.

En este texto se deja explicitada la conocida polémica que se había instalado por esa época entre las escuelas de Salpêtrière y la de Nancy en relación al estatuto de la hipnosis. La misma estaba basada fundamentalmente en la oposición entre los fenómenos fisiológicos (Charcot) y los fenómenos psíquicos (Bernheim) como mecanismos propios de la hipnosis, oposición que Freud desautoriza instando a “someter la decisión a una indagación especial para cada fenómeno singular” (1888b, p. 91). A su vez se apropia de los aportes más fructíferos de ambas escuelas. Con Charcot se le había abierto el camino a una nueva conceptualización

³ También en el texto *Reseña de August Forel. Der Hynotismus* (Freud, 1898) fundamenta el valor médico del hipnotismo y critica los prejuicios de los científicos de la época acerca de la importancia de la sugestión en la que se sostiene esta práctica, a la que no duda en darle el carácter de **método terapéutico**.

de la histeria, mientras que con Bernheim había encontrado los principios de su tratamiento psíquico.

La contribución invaluable del hipnotismo para el entonces incipiente psicoanálisis –tanto en el plano teórico como terapéutico- será reconocida por Freud a lo largo de toda su obra. En el plano teórico de él extrajo dos concepciones fundamentales, por un lado la evidencia de que influjos puramente anímicos podían generar alteraciones corporales; por otro, la existencia de los fenómenos inconcientes no ya como especulación filosófica sino como hechos constatables por la vía de la experimentación y –por tanto- comprobables científicamente.

En tal sentido Paul-Laurent Assoun (2003) sostiene que históricamente la hipnosis representa no solo una “revolución terapéutica” sino también una “revolución epistemológica técnica” en el marco de la empresa freudiana. Dice al respecto:

La utilización terapéutica del sueño artificial contiene, es esencial señalarlo, una especie de revolución epistemológica técnica: La sugestión poshipnótica revela, en efecto, a la manera de un “producto de laboratorio”, la dinámica que opera en el inconciente, es decir, el hecho mayor de que una representación puede permanecer activa, aun estando actualmente ausente de la conciencia (Assoun, 2003, p. 118).

Sin embargo, Freud renuncia luego a la hipnosis como recurso técnico “porque estaba insatisfecho con los resultados terapéuticos de la catarsis fundada en la hipnosis” (1924a, p. 207), lo que constituyó un paso decisivo para la transformación del método catártico en el psicoanalítico propiamente dicho. De modo que la preocupación por los efectos terapéuticos está en permanente relación con el desarrollo mismo tanto de la técnica como de la teoría psicoanalítica, puesto que en sus logros como en sus obstáculos orienta y empuja a permanentes nuevas hipótesis y modificaciones conceptuales. Los límites en la eficacia constituyen la razón de nuevas elaboraciones. En *Breve informe sobre psicoanálisis* va a sostener al respecto:

Los innegables éxitos terapéuticos, que superaban con mucho a todo lo alcanzado hasta entonces, acicatearon esfuerzos siempre renovados. Y las dificultades que iban surgiendo a medida que se ahondaba en la materia motivaron profundas alteraciones de la técnica analítica y significativas correcciones de los supuestos y premisas de la teoría (Freud S. , 1924a, p. 214).

No obstante y más allá de las constantes reformulaciones que dieron lugar a todo un cuerpo doctrinario, el interés por la terapéutica se va a extender a lo largo de su obra donde mantiene la idea del psicoanálisis como método de curación, a condición de que no quede reducido a ello. Así en 1913 en el marco de una vasta exposición de las aplicaciones del psicoanálisis que realiza para una publicación italiana llamada *Scientia*, lo sitúa en el campo de la medicina y explicita claramente la aspiración terapéutica como parte sustancial de su definición misma. “El psicoanálisis –dirá- es un procedimiento médico que aspira a curar ciertas formas de afección nerviosa (neurosis) por medio de una técnica psicológica” y que “permite – por primera vez en la historia de la medicina- obtener una visión sobre el origen y el mecanismo de su contracción” (Freud, S., 1913a, p. 169).

Y ubicado el valor del psicoanálisis en estas dos dimensiones, terapéutico y científico, destaca su interés para otros campos del conocimiento que exceden el plano psicopatológico. Por lo que extiende las aplicaciones no terapéuticas del

psicoanálisis a la psicología, la psicología evolutiva, las ciencias no psicológicas, las ciencias del lenguaje, la filosofía, la biología, la historia de la cultura, la ciencia del arte, la sociología, la pedagogía.

En tal sentido hay que distinguir en Freud el interés científico del interés médico. Aunque ambos intereses son indisociables, el interés médico - eminentemente práctico- está orientado a la búsqueda de resultados sobre cada paciente en particular, en tanto el científico lo está a la producción de conocimientos teóricos y metodológicos con implicancia científica y social para su época.

El gusto por la investigación se irá orientando cada vez más a los temas de interés científico. De manera que, una vez instalada la disciplina como tal, la inclinación psicoanalítica de Freud será más hacia la ciencia que hacia la terapéutica. Y concomitante a su paulatino desarrollo “El futuro juzgará, probablemente, que el valor del psicoanálisis como ciencia de lo inconciente supera en mucho a su valor terapéutico” (Freud, S., 1926c, p. 253). Pero es merced a su eficacia terapéutica que la doctrina psicoanalítica se irá haciendo lugar aún antes de que sea aceptada como válida en los círculos científicos de su época y aún con el explícito rechazo de estos. De modo que la aceptación de sus resultados se anticipa a la aceptación de la teoría.

En Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914b) Freud realiza un despliegue de lo que llama la historia genética del psicoanálisis a través de la cual va mostrando la naturaleza particular de su descubrimiento, la disposición científica que le fue menester ir adoptando frente al mismo y los efectos que la comunicación de sus investigaciones iba originando en su entorno y en su época. En este texto pone de manifiesto que el rechazo que causó en el ambiente médico su concepción acerca del papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis lo lleva a comprender que había realizado un hallazgo importante, pero a la vez lo dispone a aceptar el destino al que suele ir asociado un hallazgo así. “Ese destino lo imaginé de la manera siguiente: Probablemente, los éxitos terapéuticos del nuevo procedimiento me permitirían subsistir, pero la ciencia no repararía en mí mientras yo viviese”(Freud S., 1914b, pág. 21).

De manera tal el interés terapéutico de Freud estará también en estrecha relación con un factor de orden económico. “Si uno quería vivir del tratamiento de enfermos nerviosos -dirá posteriormente- era evidente que debía ser capaz de prestarles alguna asistencia. Mi arsenal terapéutico comprendía sólo dos armas, la electroterapia y la hipnosis, puesto que enviarlos tras una sola consulta a un instituto de cura de aguas no significaría un ingreso suficiente” (Freud, S., 1925b, p. 15). Pero como también lo determinaba un deseo de reconocimiento científico, su éxito profesional quedaba de igual modo supeditado a la eficacia médica de sus hallazgos metodológicos.

La idea de eficacia en Freud

La preocupación por la eficacia del psicoanálisis en términos de eficacia terapéutica es una preocupación históricamente ligada al método. En 1898 Freud expresa “hemos dado forma en los últimos años a un nuevo método terapéutico, el método «psicoanalítico», al que debemos numerosos éxitos, y cuya eficacia esperamos aumentar aun considerablemente” (Freud, 1898, p. 327). Para Freud eficacia y método son inseparables. La construcción del método psicoanalítico va a estar atravesada por el propósito de regular tanto sus procedimientos como sus

resultados, conforme a la prevalencia en el uso del método científico propio de su época.

En medicina la eficacia terapéutica es consecuencia de su cientifización, lo que significa decir, de la capacidad de otorgar valor científico a la práctica médica. La medicina se convirtió en científica porque el tratamiento médico resultó eficaz y eficiente. Puede identificarse terapéutica a cientifización de la medicina, justamente porque fue posible comprobar su eficacia científicamente. Sin embargo, Freud tuvo la idea de que la terapia en el campo psicoanalítico no podía tomar la posición que tiene en medicina (Leguil, 2000).

Por identificarse por completo al método científico, la medicina deja por fuera de su ámbito todo aquello que no se superpone a la ciencia. Freud va a tomar ese resto de la clínica médica de su época y va a operar sobre él, sobre aquello que la medicina no explica. Tratando de construir procedimientos que le permitan dilucidar esos fenómenos y encontrar tratamientos posibles, con el mismo rigor científico que la medicina trataba sus objetos. Con el mismo rigor, mas no con los mismos métodos, busca los medios para que la ciencia se aplique sobre ese campo. Así, el psicoanálisis comienza ahí donde la medicina se detiene, pero para extender el carácter de científicidad sobre este objeto recuperado de lo que la ciencia desechaba. El método psicoanalítico es una consecuencia de esta posición de 1890.

A su vez hay una relación directa entre eficacia y causa en la construcción del método. En efecto, a la intencionalidad terapéutica le es concomitante una búsqueda respecto de la etiología de las llamadas psiconeurosis. Al abandonar la búsqueda de afecciones orgánico-anatómicas de las dolencias nerviosas mantuvo no obstante la pregunta por la causa. La idea de que la eficacia terapéutica dependía de los mecanismos de constitución de la enfermedad se instala tempranamente en la obra de Freud. De manera que la cuestión etiológica avanzó de la mano de la preocupación freudiana por lograr un método de probada eficacia terapéutica. E inversamente, el método psicoanalítico como tal se va edificando junto a los avances en materia de conceptualización de las neurosis, la que no provendrá de otro lugar que de la clínica misma. De esta conjunción de eficacia y causa va a resultar que el procedimiento terapéutico más adecuado será el que mejor responda al mecanismo de constitución de la misma.

El modo cómo Freud fue pensando la cuestión de la eficacia se fue modificando a lo largo de su obra. Los movimientos teóricos y metodológicos producidos a partir de los obstáculos de la experiencia, le exigieron reformular sus ideas respecto a los resultados esperables de su tratamiento. De manera que puede identificarse una evolución de la concepción de eficacia del psicoanálisis.

En un primer momento de sus investigaciones, eficacia es eficacia terapéutica. Durante el período que da en llamar la “prehistoria catártica” (Freud, S., 1925b, pág. 51) del psicoanálisis, considera fundamentalmente los signos clínicos o manifestaciones objetivables de la enfermedad para delimitar -a partir de ahí- los efectos terapéuticos, procediendo mediante sugestión contra el agente inmediato que los provocó. Responde, de esta forma, al modelo médico clásico (Luale & Bachmann, 2009). La eficacia radica en la eliminación de las perturbaciones anímicas, en hacer desaparecer los síntomas patológicos.

Las primeras aproximaciones a la clínica de la histeria, son concomitantes a la idea de experiencia traumática como factor etiológico de la enfermedad. Freud apunta entonces a alcanzar –por la vía de la hipnosis primero y de la técnica del apremio luego- el recuerdo de un acontecimiento efectivamente ocurrido. Ya no se trata por lo tanto de manifestaciones clínicas objetivables, sino de una complejidad

de manifestaciones con valor sintomático, es decir, que representan un acontecimiento traumático. Hasta ese momento lo inconsciente olvidado -la vivencia de un suceso sexual infantil- revestía una concepción de la realidad inconsciente de carácter empírico, se trataba efectivamente de algo acontecido y borrado posteriormente.

Luego que Freud sustituye la noción del trauma por la de mociones sexuales reprimidas, en torno a las cuales el análisis debía operar para alcanzar efectos, la concepción de la eficacia terapéutica se anuda a la de eficacia analítica. De manera tal que "la reconstrucción correcta de esas vivencias infantiles olvidadas siempre tiene un gran efecto terapéutico, admitan o no una corroboración objetiva" (Freud S., 1896b, pág. 153). Da cuenta de este anudamiento del siguiente modo:

La doctrina de la represión se convirtió en el pilar fundamental para el entendimiento de las neurosis. La tarea terapéutica debió entonces concebirse de otro modo; su meta ya no era la «abreacción» del afecto atascado en vías falsas, sino el descubrimiento de las represiones y su relevo por operaciones del juicio que podían desembocar en la aceptación o en la desestimación (Verwerfung) de lo rechazado en aquel momento. Di razón de este nuevo estado de la causa designando al procedimiento de indagación y terapia no ya catarsis, sino psicoanálisis (Freud, S., 1925b, p. 29).

Freud encuentra en este nuevo método –que por otra parte será el definitivo- una superación de los límites terapéuticos de las técnicas basadas en la sugestión hipnótica cuyo mayor inconveniente radicaba en la restringida perdurabilidad de sus resultados. Por cuanto al no incidir justamente sobre las condiciones de formación de la enfermedad, no podía impedir que en lugar de los síntomas eliminados se generaran otros nuevos (Freud, 1893-1895). De ese modo curaba el síntoma pero no la enfermedad.

A partir de este momento el concepto de eficacia terapéutica quedará ligado de manera irreversible al de eficacia analítica. Se tratará en adelante de la eliminación de los síntomas a partir de hacer conciente lo inconsciente. Y así lo expresa: "El efecto terapéutico se liga con el hacer conciente lo reprimido -en el sentido más lato- en el interior del ello" (Freud, S., 1937b, p. 240)

Durante el tratamiento de la Sra. Emmy von N. publicado en esa misma obra, Estudios sobre la histeria, Freud expresa "fui tras las huellas de la historia genética de cada síntoma a fin de poder combatir las premisas sobre las cuales se edificaban las ideas patológicas" y constata que "sólo resultaban eliminados de manera realmente perdurable los síntomas patológicos en los que había ejecutado el análisis psíquico" (Freud, 1893-1895, p. 119), es decir establecido los nexos profundos entre los fenómenos y los procesos psíquicos involucrados en la causación de los mismos. De manera que la investigación de tales conexiones a través del método psicoanalítico es lo que constituía, simultáneamente, la terapia. (Freud, S., 1896c)

La formulación final del dispositivo analítico asociación libre-interpretación posibilita el desciframiento del proceso patógeno y conlleva de ese modo al alivio de la dolencia. Es decir que "el mismo procedimiento sirve a la vez para la exploración y para la eliminación del padecimiento" (Freud, S., 1924a, p. 206). Por lo que "la coincidencia de la investigación con el tratamiento es, desde luego, uno de los títulos más preciados de la labor analítica" (Freud, S., 1912a, p. 1659).

Puede verse de qué modo sostiene Freud una consonancia, una correspondencia de términos entre terapia e investigación, una no es sin la otra, curar aporta saber y, el saber sobre el síntoma, cura.

En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una unión entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción (Freud, S., 1926d, p. 240).

En la perspectiva de Paul-Laurent Assoun, “en Freud la terapia jamás se separa de la investigación, de tal forma que el “caso” contiene su peso de verdad metapsicológica” (2003, p. 117). Es en este sentido –sostiene- que debe entenderse la afirmación freudiana referida a que la parte teórica de su obra sobrevivirá a la parte práctica.

Ahora bien, la propia experiencia analítica le fuerza a comprobar que los resultados terapéuticos dependían de la relación transferencial. Tempranamente en su obra no le fue ajeno a Freud el papel fundamental de la transferencia en la curación, a sabiendas que ese papel podría actuar a favor o en contra de la misma. Dice al respecto:

Los resultados terapéuticos obtenidos desaparecían ante la menor perturbación de la relación personal entre médico y enfermo. Volvían ciertamente a aparecer una vez conseguida la reconciliación; pero se demostraba así que la relación personal afectiva -factor imposible de dominar- era más poderosa que la labor catártica (Freud, S., 1925a, p. 2772).

A medida que avanza en el tratamiento analítico advierte que una vez que las mociones y fantasías inconscientes advienen a la conciencia, “una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado sino como vínculo actual con el médico”. De manera que “la dilación de la cura o la mejoría es causada, por la persona del médico” (Freud, S., 1905, p. 101). Entonces le resulta ineludible que la eficacia solo es posible bajo las condiciones que impone el vínculo entre el analista y su paciente, por lo que la transferencia se constituye en motor de la eficacia terapéutica pero también en causa de sus tropiezos.

Ahora bien, el poder terapéutico del psicoanálisis no tardó en ponerse en cuestión. A medida que evoluciona en su obra Freud nos va dejando cierta impresión de pesimismo en relación a los resultados terapéuticos del psicoanálisis destacando con insistencia sus limitaciones, las dificultades del procedimiento y los escollos que se levantan en su camino (Freud, S., 1937a). En *Nuevos caminos de la terapia analítica* dirá “Ustedes saben que nuestra eficacia terapéutica no es muy grande” (Freud, S., 1919b, p. 162) y más tarde será más contundente aún: “Acaso sepan ustedes que nunca fui un entusiasta de la terapia” (Freud, S., 1933, pág. 140).

El entusiasmo por los efectos de curación va decayendo a medida que se va acercando a lo real en juego de los síntomas en la clínica y la reacción terapéutica negativa es una de las manifestaciones a través de las cuales el inventor del psicoanálisis –en el proceso mismo de su invención- se confronta con la experiencia de lo real en el interior del dispositivo analítico.

De manera tal que en el entorno de 1920 va a poner el acento en la teoría sobre las dificultades terapéuticas que se le han ido presentando en la práctica. Y son justamente los obstáculos de la clínica –entendida como la reflexión sobre esa práctica- los que van a imponer un doble movimiento en la obra freudiana:

- Por un lado, un viraje teórico que le permita dar cuenta de esas dificultades, lo que implicó el reconocimiento de la pulsión de muerte.

- Por otro, separar la dimensión terapéutica de la dimensión científica del psicoanálisis. De tal modo, la aceptación del método, -como método de investigación de lo inconsciente-, se vuelve para él más importante aún que la aceptación de sus resultados.

El encuentro con los hechos clínicos propios de la reacción terapéutica negativa, del masoquismo, y la conciencia de culpa de los neuróticos como componentes de un mismo cuadro de fenómenos, constituyeron a su vez la base de las modificaciones de la metapsicología freudiana y de sus posteriores textos sobre el fin de análisis (Freud, S., 1937a). No obstante, el método no vuelve a modificarse como consecuencia de esta caída de la dimensión terapéutica que Freud localiza, sino que se mantiene como tal. Al giro teórico producido en el entorno de los años 20 no le corresponde un giro técnico o metodológico. O sea que, una vez instalado el método psicoanalítico propiamente dicho, su potencialidad terapéutica pasa a ser secundaria, a diferencia del comienzo donde la eficacia del método le era indispensable para su establecimiento como disciplina.

II.2. La concepción freudiana del obstáculo

La reacción terapéutica negativa emerge en la experiencia de Freud como obstáculo a la cura y por tanto a la eficacia del psicoanálisis en su dimensión terapéutica, cuestión que se desarrolla en el Apartado II.3. Por lo que resulta relevante establecer más ampliamente la perspectiva del obstáculo en el modo como se presenta a lo largo de toda la producción freudiana, para ubicar a partir de allí la especificidad que le corresponde a este singular fenómeno de la clínica.

La idea del obstáculo en Freud es por demás fructífera y atraviesa tanto la práctica como a la elaboración doctrinaria en psicoanálisis. Si bien la denominación de obstáculo hace lugar a lo que opera como impedimento en un análisis, tiene un lugar fecundo en la obra de Freud por cuanto es el punto de revisión de las teorías alcanzadas hasta el momento, aún a riesgo de tirarlas por tierra, y de relanzamiento de nuevas hipótesis y conocimientos.

Se tomará como referencia para este recorrido la investigación que Osvaldo Delgado (2008) realizara sobre el estatuto freudiano del obstáculo.

La satisfacción pulsional es lo que hace obstáculo

Tal como señala el referido autor, el obstáculo es inherente a la problemática de la satisfacción pulsional y –cabe agregarse- a la materialidad que ella misma adquiere en el seno de la clínica. No hay obstáculo sino en el marco de la experiencia analítica y de su eficacia.

Es frecuente que se ubique la problemática de la satisfacción pulsional en relación a la aparición de la segunda tópica (yo - ello – superyo), no obstante, previo a la formulación del inconsciente dinámico es posible identificar antecedentes a la cuestión de la satisfacción. La experiencia de trabajo más originaria de Freud está marcada por la referencia a la satisfacción en el orden del obstáculo, aún antes de que pueda nombrar el inconsciente libidinal y su dimensión económica. La satisfacción que implica el síntoma no ya en su calidad significativa, como aquello

que vienen a querer decir, sino como la satisfacción contradictoria e insensata que comporta, determina los mayores obstáculos desde el comienzo del recorrido de freudiano.

Ya la metáfora conversiva, sitúa tanto la conflictiva deseante como el modo de satisfacción que se encuentra en su articulación metafórica. La capacidad de la simbolización en la conversión histérica revela la intromisión en la conciencia de un deseo en contradicción con el "ser moral", deseo que "debe" ser reprimido. Pero en la medida que los dolores, las parálisis, etc. tomarían sobre sí el relevo del dolor anímico, el deseo reprimido se encuentra de esta manera con una vía de satisfacción paradójica que comporta también dolor. No todo es símbolo en la satisfacción, un símbolo que se repite comanda una trama que procura satisfacción y que excede al símbolo a la hora de dar cuenta de lo que no anda.

Diversas modalidades del obstáculo

Delgado sostiene que la cuestión del obstáculo se presenta bajo diversas modalidades en la obra de Freud y que hay un entrecruzamiento constante entre la dimensión del obstáculo y la dirección de la cura. En el texto de referencia *El estatuto del obstáculo* (2008) ubica los siguientes:

a) El primer modo en que aparece la cuestión del obstáculo, en la obra de Freud, es bajo la forma de una incompatibilidad entre un pensamiento prohibido y el yo. Una contradicción, un conflicto que se produce por cobardía moral, el sujeto prefiere no saber.

b) En la base de esta incompatibilidad está el método de defensa y una elección del sujeto. Son métodos de defensa del yo, que ya se halla infiltrado por el trauma. Un nuevo obstáculo entonces en los inicios es el traumatismo, constituyente de esa incompatibilidad misma.

c) Freud, desde estos momentos primeros, va a ubicar en la persona del médico un obstáculo externo, en la medida que se constituye como punto de detención de la ocurrencia de los recuerdos, vía la rememoración. Este obstáculo hallará más tarde su estatuto conceptual en la articulación transferencia-resistencia, cuya emergencia mayor será la transferencia negativa.

d) Otro nombre del obstáculo es el carácter, como aquello del síntoma integrado a la personalidad, que se expresa como conducta. Es con la neurosis obsesiva donde Freud se detiene más en este punto, pero también lo encuentra en la histeria bajo la forma de "talante personal". Así mientras el síntoma se presenta como disfunción que expresa algo, que viene a significar algo, el carácter o el talante se satisface en sí mismo. Entonces es el equilibrio neurótico mismo lo que se configura como obstáculo.

e) Cuando Freud coloca la fantasía como causante del síntoma, ya no se trata de lo acontecido como realidad histórica sino como realidad psíquica. Son las fantasías, fundamentalmente las primordiales, las que llenan las lagunas del recuerdo y operan armando un sentido. A partir de aquí, el obstáculo estará en el monótono equilibrio fantasmático y tomará la denominación de masoquismo primario, necesidad de castigo, reacción terapéutica negativa, etc.

f) Ahora bien, el fantasear esconde una satisfacción solitaria, un goce propio, lo que constituye un obstáculo para trabajo freudiano. Se trata de provocar que ese modo de satisfacción entre en el terreno de la transferencia, que ese modo de satisfacción se desplace del síntoma al analista como objeto. De manera que el

analista ingrese en la serie de los objetos de la fantasía y se establezca la neurosis de transferencia. Este obstáculo habla de la pulsión que se liga a los objetos.

g) Pero Freud ubica un obstáculo más: no toda la libido pasa a los objetos. A partir de la Segunda Tópica, Freud articula el obstáculo en torno de los vínculos entre las instancias psíquicas. Sitúa en las resistencias del superyó, reacción terapéutica negativa-necesidad de castigo como formas de establecer un vínculo erótico pero a la vez agresivo entre el yo y el superyó y el sentimiento inconsciente de culpa queda relacionado con un resto de ligadura erótica. Se trata de modos de la satisfacción pulsional que van a dar cuenta de la fijación y la ligadura pulsional, como asimismo las resistencias del ello y los mecanismos de defensa.

h) En el último trayecto de su recorrido Freud encuentra que algo de la pulsión no está ligado, que algo resta y lo llama "fragmento de agresión libre". Obstáculo que se presenta como una cantidad irreducible a la resonancia interpretativa. Y que bajo la forma de un disfuncionamiento, nombra lo irrepetible, lo original de cada sujeto.

Relaciones entre el lugar del obstáculo y la dirección de la cura

¿Cuáles son los movimientos en la dirección de la cura que se producen en Freud a partir de las diferentes nociones del obstáculo? La relación de Freud con la dimensión del obstáculo en su experiencia puede ser pensada en dos diagonales de sentido. En un principio, cuando de lo que se trata es de dilucidar cómo opera la cura analítica, los obstáculos que emergen de la práctica toman su función ahí y se van ordenando en torno de ese eje de problemas. Después de 1920 y una vez respondida cómo funciona la cura, los obstáculos se articulan al interrogante de qué es aquello que entorpece la cura y perturba su conclusión.

A partir del Capítulo 3 de *Más allá del principio del placer* Delgado (2005) delimita los tres grandes movimientos de Freud a lo largo de su obra en lo que refiere a la dirección de la cura, en razón de los giros que imponen las conceptualizaciones del obstáculo. Ellos son:

1) El arte de la interpretación. En la primera época Freud encuentra su modelo del inconsciente en la interpretación de los sueños, a partir de lo cual se instituye el psicoanálisis propiamente dicho. El analista está situado en esta primera etapa como un interpretante del inconsciente descriptivo y más tarde del inconsciente dinámico. Están ubicados en esta primera época los grandes textos de la apertura del inconsciente.

2) El trabajo sobre las resistencias. La segunda época se corresponde con los llamados escritos técnicos donde se encuentra el accionar del analista en relación a las resistencias mismas, las dificultades derivadas del amor de transferencia y su valor resistencial para la cura. Se ubica el cierre del inconsciente y las vicisitudes de la posición del analista respecto a la pregunta ética sobre ese cierre. El énfasis de la técnica pasa de la regla de la asociación libre a la regla de abstinencia.

3) El levantamiento de las resistencias estructurales. Finalmente, el trabajo con las resistencias estructurales que se articula con el cambio del modelo pulsional freudiano y la nueva teorización de la regulación del aparato psíquico donde aparecen las resistencias mayores del ello y del superyó. El sujeto no busca su bien, sino su mal y el de los demás, tampoco puede desprenderse de su sufrimiento. Este tercer momento marca el límite de la interpretación y abre paso a la construcción.

Ahora bien, este recorrido, como ocurre de manera frecuente, excluye la posición original de Freud en la dirección del tratamiento. Aun cuando no sea posible referirse a ella en términos de posición del analista, puesto que se trata del lapso de práctica pre-analítica del fundador del psicoanálisis, hay cabal conciencia de la direccionalidad de su trabajo hacia la búsqueda de la eliminación del padecimiento psíquico. En tal sentido Pura Cancina refiere:

Cuando Freud perseguía la desaparición de los síntomas según la teoría traumática, con la idea de abreaccionar el trauma, la dirección de la cura la tenía el *furor curandis*, *furor curandis* que perseguía volver a un estado anterior. Como es el caso en la cura médica (Cancina, 2009).

Freud fue inicialmente terapeuta antes de ser analista. Su propio furor sanandis no solo lo puso en aviso de los peligros que conlleva, a partir de las consecuencias en su propia clínica, sino que -más aun- la construcción freudiana del lugar del analista parte de esa posición, tremendamente productiva para la invención del psicoanálisis.

Mantener silenciado este aspecto de los orígenes pone a la disciplina misma en dificultades. El rechazo por los efectos de curación entorpece el posicionamiento de los psicoanalistas en favor de las terapéuticas contemporáneas. Podría ubicarse en este rechazo -precisamente- la dimensión actual del obstáculo en psicoanálisis, situado en su relación con la época.

En razón de ello, y siguiendo la enseñanza freudiana, se trata de poner una vez más a producir el obstáculo, en este caso el rechazo de los psicoanalistas a la curación, para valorar la incidencia del actual imperativo terapéutico en la clínica psicoanalítica, calibrar en tal contexto la posición del analista en la dirección de la cura y exponer los medios de los que se sirve para su eficacia.

II.3. Revisión del concepto de reacción terapéutica negativa en la obra de Freud

La reacción terapéutica negativa se constituye en uno de los obstáculos más reacios al análisis, un obstáculo difícil de vencer que se presenta como respuesta a los efectos terapéuticos de la cura. ¿Qué representa este obstáculo para la experiencia freudiana, cuáles son las condiciones para su producción y cuál el contexto de su formalización?

El rechazo a la curación

La noción de reacción terapéutica negativa surge avanzado el pensamiento freudiano y a lo largo de toda su obra aparece como tal en dos momentos: primero en el lapso de 1923-1924, para ser luego retomada recién diez años más tarde en 1933 y 1937. Permanece, además, escasamente desarrollada si consideramos el modo de teorizar propio de Freud y mencionada como reacción terapéutica negativa propiamente dicha solo en cinco de sus textos.

Su definición se va a mantener en los mismos términos a través de toda la concepción freudiana. Se trata de un extraño comportamiento que se presenta en el

curso del trabajo analítico dando cuenta de que *algo se opone a la curación*. Freud se aproxima al desciframiento del mecanismo de formación del síntoma, procedimiento del que espera un alivio en el paciente y sin embargo lo que obtiene como respuesta es una acentuación de los padecimientos. “Toda solución parcial, - expresa-, cuya consecuencia debiera ser una mejoría o una suspensión temporal de los síntomas, como de hecho lo es en otras personas, les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar. Presentan la llamada reacción terapéutica negativa” (Freud, S., 1923, p. 50).

Es frecuente situar en la obra freudiana la cuestión de la satisfacción paradójica del síntoma como agravamiento en la cura a partir del giro de 1920, no obstante, existen previamente aproximaciones teóricas importantes al respecto. En los historiales clínicos de *Estudios sobre la Histeria* (1893-1895) encontramos de diversas formas el incremento del padecimiento, cuando por efecto de la comunicación por parte de Freud de la representación erótica reprimida esperaba obtenerse un retroceso de los síntomas histéricos. El 3 de octubre de 1897 en una carta a Fliess, anticipa lo que bien podría considerarse un antecedente de la reacción terapéutica negativa, dice allí:

Cada vez se refuerza y se aclara más mi convicción de que las dificultades terapéuticas provienen en última instancia de que por fin ponemos al descubierto las malas inclinaciones del paciente, su voluntad de permanecer enfermo. Ya veremos qué pasa. (Freud, S., 1950a, p. 3581)

Freud va bordeando conceptualmente este fenómeno que –como él mismo señala- desde hacía tiempo se tropezaba en la clínica pero que esperaba aún su procesamiento en la teoría. En 1914 en *Recuerdo, repetición y reelaboración* advierte respecto al “problema del a menudo inevitable «empeoramiento durante la cura»” ligado a la repetición en el seno del tratamiento analítico, de donde el enfermo extrae “las armas con que se defiende de la continuación de la cura”. (Freud, S., 1914d, p. 154). Ese mismo año, en relación a uno de sus historiales clínicos, hace mención por primera vez al término “reacción negativa” al plantear el modo en que el denominado Hombre de los Lobos se conducía en el tratamiento psicoanalítico “desarrollando siempre una «reacción negativa» pasajera [...] Después de cada solución intentaba por algún tiempo negar su efecto con una agravación del síntoma correspondiente” (Freud, S., 1914a, p. 1978).

Asimismo, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, texto publicado en 1919, también aparecen antecedentes de la reacción terapéutica negativa. A medida que el curso del análisis proporciona mejorías Freud observa una disminución en el ritmo del restablecimiento y una reducción de la fuerza pulsional que empuja a la curación. Por otra parte, cuando la condición de enfermo resulta conmovida por el análisis, los pacientes se procuran, -en remplazo de sus síntomas-, situaciones penosas en la vida real. De esa manera “satisfacen en particular la conciencia de culpa (necesidad de castigo) en virtud de la cual muchos enfermos se aferran tan tenazmente a su neurosis” (Freud, S., 1919b, p. 159).

Si bien en 1920, en *Más allá del principio del placer*, ya estaban sentadas las bases para su teorización en tanto disponía de las nociones ligadas a la pulsión de muerte y a la compulsión a la repetición, será posteriormente, en *El yo y el ello*, donde presenta una elaboración más precisa y le da la denominación de reacción terapéutica negativa. Le era necesaria la formalización de la 2da. Tópica para situar en sus justos términos estos fenómenos adversos en el marco de un proceso de

curación. Por cierto, la reacción terapéutica negativa es el hecho clínico que por su complejidad lo llevó a apreciar los intrincados nexos entre las instancias psíquicas y a su vez reflexionar sobre la doctrina de las pulsiones. Y así lo expresa en 1923 en *El yo y el ello* y posteriormente en 1933 en la Conferencia N° 23 “Angustia y vida pulsional” de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*.

La resistencia del superyo

Freud propone de entrada a la reacción terapéutica negativa como una resistencia. Pero advierte que no es una resistencia como las demás y la va a diferenciar de la inaccesibilidad narcisista, de la actitud negativa frente al médico y del aferramiento a la ganancia de la enfermedad. Le da el estatuto de un obstáculo en la cura que no cede al ser tratado de la manera habitual con que se aborda otras modalidades resistenciales, por lo que demuestra ser el más poderoso de los impedimentos terapéuticos. Su fuerza radica en que se relaciona con una forma de resistencia del superyo. Plantea “que se trata de un factor por así decir «moral», de un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer” (Freud, S., 1923, p. 50).

Lo que se exterioriza esencialmente como sentimiento de culpa en el sujeto son las tensiones entre el yo y el superyo, vendría a ser la percepción en el yo de la crítica que el superyo descarga sobre él, volcándose en su contra con gran dureza y severidad (Freud, S., 1923, p. 53). Pero este sentimiento permanece inconsciente, mudo para el paciente que no se siente culpable, sino enfermo, por lo que representa una ardua batalla para la labor del analista. En consecuencia, como no sería correcto hablar de *sentimientos inconscientes* a Freud se le impone la sustitución del nombre sentimiento inconsciente de culpa por el de necesidad castigo, que alude a la avidez del yo de ser castigado por un poder parental.

Así se van sentando las bases de un componente pulsional operando por la vía superyoica, en tanto la necesidad de castigo indica un vínculo erótico del yo con la cara más destructiva del superyo.

Ahora bien, no basta con definir la reacción terapéutica negativa como resistencia del superyo, ni aún como necesidad de castigo, para establecer lo que constituye su verdadera especificidad. Es preciso diferenciarla de otras formas de castigo provenientes del superyo. En *Inhibición, síntoma y angustia* dice Freud:

La quinta resistencia, la del superyo, discernida en último término y que es la más oscura pero no siempre la más débil, parece brotar de la conciencia de culpa o necesidad de castigo; se opone a todo éxito y, por tanto, también a la curación mediante el análisis (Freud, S., 1926a, pág. 150).

Este “se opone a todo éxito y, *por tanto, también* a la curación mediante el análisis” supone que se pueden identificar en el sujeto otras formas de oposición al éxito que acontecen al margen de la cura y que no configuran una reacción terapéutica negativa. Esta última no refiere a la compulsión del fracaso de manera amplia y general sino, específicamente, al rechazo de cualquier mejoría o cambio de posición subjetiva consecuente del análisis. Esto supone como condición necesaria, que el dispositivo analítico esté constituido y que se haya instaurado la transferencia para que sea posible hablar de reacción terapéutica negativa. Queda claro entonces que no puede haber reacción terapéutica negativa por fuera del tratamiento analítico.

Ahora bien, si se parte de la idea que la reacción terapéutica negativa no es la única forma de empeoramiento en la vida de un sujeto, es preciso discriminarla de otras formas de compulsión a la repetición por incidencia del superyo en la subjetividad.

En su texto *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico* (1916), Freud ubica los rasgos de carácter en relación a la compulsión al fracaso como búsqueda de castigo. Allí se refiere a “Los que fracasan cuando triunfan”, para su asombro se encuentra con una situación que vendría a contradecir la tesis psicoanalítica de que los sujetos enferman de neurosis a consecuencia de la frustración. Por el contrario, “tanto más sorprendidos y aun confundidos quedamos, entonces, cuando, como médicos, hacemos la experiencia de que en ocasiones ciertos hombres enferman precisamente cuando se les cumple un deseo hondamente arraigado y por mucho tiempo perseguido” (p. 323). Una persona que se derrumba tras conseguir el triunfo, después que luchó por él con tenaz energía revela la incidencia de un goce superyoico que empuja a su autodestrucción en procura de castigo.

Asimismo Freud identifica “Los que delinquen por conciencia de culpa”, aquellas personas que siendo decentes acaban cometiendo faltas, robos, fraudes, etc. Logra discernir que estos actos van unidos a cierto alivio para el que –a partir de ello- se constituye en malhechor. Dice al respecto:

Este sufría de una acuciante conciencia de culpa, de origen desconocido, y después de cometer una falta esa presión se aliviaba. Por lo menos, la conciencia de culpa quedaba ocupada de algún modo. Por paradójico que pueda sonar, debo sostener que ahí la conciencia de culpa preexistía a la falta, que no procedía de esta, sino que, a la inversa, la falta provenía de la conciencia de culpa (1916, p. 338).

De manera tal que estas situaciones en las que también está presente la dimensión de la culpa y la necesidad de castigo, la gran mayoría de las veces nunca transitan por una cura analítica, no se demanda la liberación del padecimiento, el que resulta -a la postre- bien merecido para el sujeto. Sin embargo cuando ese penar se vuelve insoportable y decide acudir en busca de ayuda, no deja de constituirse igualmente en un obstáculo en el seno de la experiencia analítica, eso “se muestra renuente al empeño del médico” dirá Freud. Es ahí donde el analista “nota que su investigación es puesta en peligro por resistencias que el enfermo le opone, y le está permitido imputar tales resistencias al carácter de éste. Y entonces ese carácter cobra primacía en cuanto a su interés” (Freud, S., 1916, p. 317).

Gerez Ambertin (2013) sostiene que para Freud no hay formación caracterial sin acicate superyoico y, aunque el carácter tiene su asiento en el yo, sus fragmentos más importantes provienen del superyó. Razón por la cual el rasgo de carácter se constituye en algo difícilmente modificable y en un obstáculo que puede hacer fracasar cualquier intento de cura.

Ahora bien, ¿qué diferencia entonces el rasgo de carácter, como obstáculo en la cura, de la reacción terapéutica negativa? En ambos casos se pone en juego el goce superyoico operando a través de la culpa muda y la necesidad de castigo. La reacción terapéutica negativa, sin embargo, es una consecuencia de la cura misma, es una respuesta singular –como se verá más adelante- a las vicisitudes de la transferencia a partir de la cual, una vez que se produce un alivio sintomático, el sujeto reacciona a contrapelo de él. La especificidad clínica de la reacción terapéutica negativa radica en un empeorar al mejorar dentro del dispositivo analítico

y como consecuencia del rechazo a los cambios subjetivos logrados en el curso de la cura.

La tendencia masoquista de la pulsión

En *El problema económico del masoquismo* (1924b) Freud termina de construir el concepto de reacción terapéutica negativa, allí es donde articula definitivamente el masoquismo a la pulsión de muerte, algo que ya venía siendo enunciado a partir de 1920 al adoptar como supuesto que puede haber para el sujeto satisfacción en el dolor y que tal hecho responde –precisamente- al imperio de la pulsión de muerte en la economía psíquica.

De este modo, la necesidad de castigo que conlleva permite establecer una conexión entre la reacción terapéutica negativa como hecho eminentemente clínico, efecto del proceso analítico, con una de las formas del masoquismo: el masoquismo moral, cuya peligrosidad radica en que deriva de la pulsión de muerte y tiene el valor psíquico de un componente libidinoso que encuentra su satisfacción en el sufrimiento.

En *Más allá del principio de placer* (Freud, S., 1920), con la introducción del concepto de pulsión de muerte, Freud admite la existencia de un masoquismo de carácter primario, cuestión que hasta este momento había puesto en entredicho. Más tarde basa en ese masoquismo primario, erógeno, las otras dos formas derivadas: femenino y moral. En cuanto a las distinciones entre erógeno, femenino y moral, se trata en el primer caso de una “condición a la que se sujeta la excitación sexual”, “de una expresión de la naturaleza femenina” en el segundo y de “una norma de la conducta en la vida” en el tercero (Freud, S., 1924b, p. 167).

Al respecto del masoquismo femenino ya se había referido Freud en 1919 en *Pegan a un niño*. Este texto marca un hito en la clínica psicoanalítica de las perversiones. Hasta ese momento Freud hacía derivar las perversiones de los distintos estadios de la organización pulsional infantil, siguiendo a la psiquiatría de su época en el esfuerzo clasificatorio basado en la idea de pulsión sexual (Bercherie, 1988). En *Pegan a un niño* manifiesta por primera vez que las perversiones están organizadas por la estructura edípica. Esto le permitirá afirmar una vez más el alcance clínico del complejo de Edipo. Es a su vez un texto fundamental puesto que al señalar con el término masoquismo tanto a la perversión como a un tipo de posición subjetiva, Freud produce de entrada un movimiento en relación a lo que sería por un lado la perversión sexual y por otro el destino del fantasma. Y conduce hacia la existencia de un fantasma bien generalizado, que atraviesa tanto a la histeria como a la neurosis obsesiva, que tiene conexión con la perversión pero que no necesariamente se actualiza en perversión. En tal sentido, el masoquismo nombrará una posición en el fantasma, donde la necesidad de castigo comporta una desfiguración del deseo de entrar en vinculación erótica con el padre (Laurent, 1999).

Ahora bien, la tercera forma de manifestación del masoquismo, el masoquismo moral, Freud la destaca como “la más importante” por sus implicancias en la vida de los sujetos y sus repercusiones en el curso del tratamiento psicoanalítico. El masoquismo moral “es notable sobre todo por haber aflojado su vínculo con lo que conocemos como sexualidad” (Freud, S., 1924b, p. 171). A diferencia de todo sufrimiento masoquista que parte de la persona amada, en el masoquismo moral es el sufrir en sí lo que importa, proceda de la persona amada, de otra cualquiera, de

sus circunstancias de vida o del propio sujeto. Lo que le merece ser considerado como un modo particular de posición subjetiva: “una conducta en la cura y en la vida” (Freud, S., 1924b, p. 171).

No obstante, Freud no deja de afirmar el carácter inconsciente del masoquismo moral, que no debe confundirse con el predominio de una excesiva conciencia moral. La diferencia radica en que en esta última “el acento recae sobre el sadismo acrecentado del superyo, al cual el yo se somete” y en el primero, en cambio, “en un genuino masoquismo del yo, quien pide castigo, sea de parte del superyo, sea de los poderes parentales de afuera” (1924b, p. 174). Y en tanto el sadismo del superyo alcanza la conciencia de manera más ruidosa para el sujeto, la avidez masoquista del yo permanece inconsciente y debe ser descifrada a partir de sus comportamientos. De modo tal que en la reacción terapéutica negativa, el sadismo del superyo y el masoquismo del yo se complementan para el logro del mismo fin: “El individuo no ha de curar, sino que seguirá enfermo, pues no merece nada mejor” (Freud, S., 1938, p. 3401).

Ahora bien, si la conciencia moral surge a partir de la desexualización del complejo de Edipo, a través del masoquismo moral la moral se resexualiza dando lugar al empuje del goce masoquista, que puede llevar, incluso, a la autodestrucción. Freud advierte entonces que “ni aun la autodestrucción de la persona puede producirse sin satisfacción libidinosa”. (Freud, S., 1924b, p. 176)

La reacción terapéutica negativa, por lo tanto, es la forma en que el masoquismo moral se presenta en el tratamiento. Pone de manifiesto esa tendencia masoquista a partir de la cual el sufrimiento que le reporta vuelve a la enfermedad valiosa para el sujeto; por lo que significa una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito de los propósitos freudianos (Freud, S., 1924b).

Así, en la empresa de dilucidar lo que se opone a la cura Freud se encuentra con que el peor enemigo para su empeño terapéutico (Freud, S., 1933) es una satisfacción, una satisfacción que se articula al superyo. La necesidad de castigo constituye ese punto de articulación entre la satisfacción de la pulsión y el superyo. Si la reacción terapéutica negativa pone en acto en el análisis que el sujeto se satisface en el sufrimiento, el problema en el que se encuentra Freud podría enunciarse de la siguiente manera: ¿cómo curar entonces de una satisfacción?

La cura como peligro

Cuando lo que prevalece en el análisis no es la voluntad de curar sino la necesidad de permanecer enfermo, la inminencia de la curación es vivida como un peligro (Freud, S., El yo y el ello, 1923), desatando el goce mudo de la culpa vinculada a la necesidad de castigo. El superyo apremia en contra de la cura, bajo la resonancia de la amenaza de castración. La acentuación del padecimiento es un modo de reacción frente al peligro que no es otro que el de la castración, precisamente porque el castigo del superyo constituye un eco aquel. Sostiene Freud:

Así como el superyo es el padre que devino apersonal, la angustia frente a la castración con que este amenaza se ha trasmutado en una angustia social indeterminada o en una angustia de la conciencia moral (Freud, S., 1926a, p. 122).

De modo que de la misma manera como el niño se vio forzado a obedecer a sus padres, así el yo se somete al imperativo categórico de su superyo (Freud, S., 1923). Y cada vez que el yo no está a la altura de las exigencias que impone el

superyo aparece el sentimiento (inconsciente) de culpa que deriva en la necesidad de ser castigado por un poder referido a lo parental.

Freud señala una doble procedencia para este sentimiento de culpa. Por un lado, el temor a la autoridad obliga a desistir de la satisfacción de la pulsión. Lo que verdaderamente se teme es perder el amor de la autoridad y es lo que justamente motoriza la renuncia. Por otro, el superyo que se instala a partir de la internalización de la autoridad paterna se torna más amenazante aún que la autoridad misma y empuja más cruelmente al castigo, en tanto no es posible ocultarle ni los propios pensamientos. Sólo aquí sería lícito para Freud hablar de sentimiento de culpabilidad.

Sin embargo, una vez establecida la relación entre renuncia pulsional y sentimiento de culpa, Freud tendrá que dar cuenta de una paradoja: si, -tal como plantea-, dicha sofocación tiene como finalidad no perder el amor de la autoridad externa, una vez que se ha renunciado no quedaría razón para la presencia del sentimiento de culpa. Pero los hechos no ocurren de ese modo frente al gobierno del superyo, sino a la inversa. El amor y el sometimiento a un padre crítico y cruel resulta insuficiente para ordenar la economía libidinal del sujeto, en la medida que obliga eficazmente a la renuncia pulsional pero no es capaz de soslayar la persistencia del deseo prohibido que no escapa al conocimiento del superyo. De manera que:

La renuncia instintual ya no tiene pleno efecto absolvente; la virtuosa abstinencia ya no es recompensada con la seguridad de conservar el amor, y el individuo ha trocado una catástrofe exterior amenazante -pérdida de amor y castigo por la autoridad exterior- por una desgracia interior permanente: la tensión del sentimiento de culpabilidad” (Freud, S., 1930a, p. 3056).

Es decir, que la culpa marcha en dirección incestuosa. La necesidad de castigo implica por un lado al masoquismo y por el otro un cierto modo de invocar al padre. Fecundo entrelazamiento de superyo, culpa y goce en el tratamiento cuando se pone en juego el rechazo de la castración bajo la forma de la reacción terapéutica negativa. Se trata entonces de una respuesta transferencial que despierta el goce superyoico en la dimensión del castigo. Rebeldía producida por los avatares de la transferencia contra sí misma, en el punto donde se produce una estocada a la castración (Gerez Ambertin, 2013).

En la experiencia analítica el encuentro con la castración tiene que ver con la caída de la necesidad de castigo en el núcleo del síntoma, pero un análisis podría conducir contrariamente a la potenciación de ese goce puesto que se puede empujar al agravamiento allí mismo donde se promueve una mejoría. Cautela del lado del analista de no arrastrar a lo peor del padre, “inscripción fundamental del Otro en la transferencia que revela el goce impuesto en los albores de la constitución del sujeto” (Gerez Ambertin, 2013, p. 323).

Resistencia a la resistencia transferencial, más acá del padre

Finalmente, aunque Freud no realiza la articulación entre castración y reacción terapéutica negativa, a partir de sus elaboraciones de *Análisis terminable e interminable* es posible establecer que la misma implica un desafío al padre como forma de sometimiento, que se manifiesta como resistencia a la resistencia transferencial. El sujeto es renuente a soportar cualquier mejoría en el tratamiento y

dice Freud allí: “[...] no quiere someterse a un sustituto del padre, no quiere estar obligado a agradecerle y por eso no quiere aceptar del médico la curación” (1937a, p. 253).

Gerez Ambertin (2013) sostiene que es éste, justamente, el nudo que no logra dirimirse en la reacción terapéutica negativa, la culpa se constituye en una respuesta del sujeto para cubrir la falta ya que reconocer una deuda con el padre supone soportar el peso de la castración propia y la del Otro. Dice esta autora al respecto:

La cura analítica abre un no siempre sorteable camino hacia la desidealización del padre que puede atravesarse sólo a costa de soportar las vicisitudes de la castración y del duelo por el objeto. Posible revelación, en esa travesía, de la inconsistencia del padre (Gerez Ambertin, 2013, p. 355).

Este duelo por el objeto -no siempre tramitable en el análisis- puede provocar la irrupción de una satisfacción superyoica bajo la forma de un sometimiento a un Otro cruel. Así, por no estar obligado a agradecerle se está obligado a padecerle y en ese sacrificio se lo sostiene. Ya que no se puede recibir ningún don del Otro se recibe su castigo, un castigo erotizado. De este modo la entrega al padre gozador redobra la apuesta al goce por el mandato del superyo

Someterse al mandato cruel del padre o surcar la alternativa del amor hereje, esto es, de ir más allá del padre, requiere la precaución del analista para transitar los recodos del masoquismo anudando Edipo y pulsión, dado el riesgo, -a su vez-, de producir el desabrochamiento que puede precipitar al analizante a “la sumisión total y atroz del padre y su goce. Irrupción de la frase superyoica que astilla cualquier subjetividad y arroja a lo peor” (Gerez Ambertin, 2013, p. 189)

Así planteada la reacción terapéutica negativa no es, como puede verse, una contingencia en la cura, es necesidad de castigo en la transferencia, por lo cual debe enfatizarse lo que en su efecto terapéutico negativo re-acciona como satisfacción pulsional en la compulsión superyoica y torna ineficaz toda intervención del analista en favor de un goce masoquista. Por lo tanto estos sujetos no se resisten al análisis, se resisten a la curación por el análisis, a la dimensión terapéutica del psicoanálisis. De modo que la reacción terapéutica negativa no impide la continuación del tratamiento sino que lo torna ineficaz, el tratamiento prosigue como satisfacción sustitutiva, quedando del lado de lo interminable.

El factor cuantitativo de la pulsión en la cura

Freud parte de los síntomas de la histeria en su calidad significativa o sea como interpretables y se topa con la reacción terapéutica negativa y el masoquismo primordial, es decir la cuestión de la pulsión de muerte como aquello que se satisface de una manera cerrada en el síntoma. El beneficio primario del síntoma, en tanto la más fuerte condición de ventaja de la enfermedad, se le presenta en la transferencia como límite de la interpretación y por ende del método psicoanalítico.

La reacción terapéutica negativa pone de manifiesto la permanencia de un goce que no es susceptible de elaboración, lo que significa que no se reduce a través de la interpretación. Con la agravación de sus síntomas el sujeto resiste el saber inconsciente, es por el goce que el síntoma proporciona que la verdad rechaza el saber. De manera que el trabajo de desciframiento tropieza con lo que hay de

imposible de descifrar. Lo que lo lleva a considerar la hipótesis del factor cuantitativo de la inercia pulsional que había descuidado hasta entonces.

En el año 1937, cuando vuelve a ocuparse de la reacción terapéutica negativa en términos de impedimento terapéutico, va a poner el acento en la intensidad constitucional de la pulsión como factor perjudicial para la eficacia de un análisis. De modo que los avatares de la cura dependen de la conducta de las dos pulsiones primordiales, a cuya “acción eficaz, conjugada y contraria” (Freud, S., 1937a, p. 244) cabe inculpar la fuerza que por todos los medios se defiende de la curación.

Ahora bien, una parte de esa fuerza se ha podido cernir como conciencia de culpa y necesidad de castigo y localizar en la relación del yo con el superyo, como afirma desde hace ya más de una década. Pero hay aquí un giro teórico para pensar la reacción terapéutica negativa directamente en relación con la pulsión de muerte. La novedad consiste en identificar que sólo una parte de esa fuerza pulsional queda psíquicamente ligada al superyo –y es lo que anoticia al sujeto sobre ella-, en virtud de lo cual pueden estar operando otros montos de esa misma fuerza no se sabe dónde, de manera libre o ligada (Freud, S., 1937a, p. 244).

Así Freud apela a la perspectiva económica, además de la tópica y la dinámica para explicar este duro atolladero de la clínica, que no se trataría únicamente de la faz tramitable de la culpa inconciente sino del accionar silencioso y funesto de la pulsión de muerte en la cura. No solamente falta la voluntad de curarse, se ejerce de manera oscura una fuerza mortífera que no puede ser ligada, que queda por fuera de toda posible significación, un resto no dialectizable, un más allá del inconciente. Anteriormente, en 1933 en la Conferencia N° 23 “Angustia y vida pulsional” de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud ya se pregunta si debe suponer que la totalidad de la pulsión agresiva “es ligada por el superyo y vuelta así contra el yo o bien que una parte de ella ejercita su actividad muda y ominosa como pulsión de destrucción libre en el yo y el ello” (Freud, S., 1933, p. 101). Bajo estos términos reconoce esa porción irreductible de la pulsión de muerte como un goce desvinculado de toda instancia psíquica, desarticulado de lo simbólico, goce autodestructivo de la pulsión. Resto inabordable e infranqueable para la experiencia analítica freudiana.

El tope biológico como límite de la operación analítica

Precisamente, sobre el final de su doctrina podemos situar un límite en Freud ante el cual pareciera resignar la dimensión del alcance de la cura analítica y así lo expresa en *Análisis terminable e interminable*: “Por el momento hemos de rendirnos a la superioridad de las fuerzas contra las cuales vemos que quedan anulados nuestros esfuerzos” (Freud, S., 1937b, p. 3358). ¿Dónde está la razón de este abatimiento?

Cuando Freud “se ciñe a pretender una validez biológica” (1937a, p. 247) para la teoría psicoanalítica de las pulsiones, en esa pretensión halla su propio límite. Del mismo modo cuando sostiene que la imposibilidad del consentimiento de la castración no puede ser otra cosa que un hecho biológico, la parte de la “roca viva subyacente” al campo psíquico frente a la cual sus actividades han llegado a su fin. (Freud, S., 1937b, p. 3364). Así lo biológico opera en el resto pulsional y en el rechazo a la castración como el imposible freudiano, como tope de la experiencia analítica.

Otra de las limitantes de sus desarrollos acerca de la reacción terapéutica negativa consiste en que, como acaba de señalarse, no la articula al repudio a la castración, van en su teoría por canales diferentes. Lo que le imposibilita pensarla como una respuesta en la transferencia frente a la barrera de la castración y por lo tanto frente al goce superyoico que conlleva su *empeño terapéutico*. E – inversamente- cómo es la transferencia misma la que aporta los recursos para atravesar esa barrera y por lo tanto permite acceder al goce en castración cuando la posición de analista no responde al lugar del “sustituto paterno” (Freud, S., 1937b).

Con los aportes de Lacan respecto de estas mismas cuestiones se abre toda una perspectiva para repensar la clínica de la reacción terapéutica negativa en otros términos que como el funesto presagio freudiano.

Donde Freud localiza el impedimento a partir de su teorización sobre la pulsión de muerte, Lacan logra ir más allá con la noción de goce. Rescata la pulsión como uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis y le da una torsión, ya no se trata de esa fuerza oscuramente biológica. “Allí donde Freud encuentra el límite como real biológico, Lacan encuentra al cuerpo como sede del goce y el límite lo da lo real de la estructura” (Kait, 2005). Se abre a partir de la vertiente del sujeto del goce toda una perspectiva para retomar la reacción terapéutica negativa como la manifestación más clínica de la pulsión de muerte, orientándonos con Lacan hacia una clínica de lo real.

Asimismo la castración no procede de la amenaza del padre, ni su rechazo tiene una raíz biológica, sino que proviene de la estructura del lenguaje que lleva a que no se pueda disponer del conjunto de los significantes, puesto que hay un hueco irreducible que se opone al completo apresamiento del discurso (Lacan, J., 1971-1972a). Es en el traumatismo del encuentro del hombre con el lenguaje que el goce se introduce en el cuerpo.

Si la experiencia analítica va más allá del Complejo de Edipo su consecuencia es una relación diferente con la pulsión y la castración, lo que conlleva un movimiento de la inercia que impone la fijación al síntoma –y que la reacción terapéutica negativa pone en evidencia en la cura- a la identificación al síntoma que implica un saber hacer con el resto incurable (Lacan, J., 1972-1973).

II.4. La reacción terapéutica negativa en la perspectiva lacaniana

El legado freudiano

Son puntuales las observaciones sobre reacción terapéutica negativa en la enseñanza de Lacan. La menciona por primera vez en 1953 en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* para referirse al “testamento” que Freud ha legado, a través de ese fenómeno clínico, en relación al alcance de la concepción de pulsión de muerte. Al respecto dice:

Freud sobre este punto nos ha legado su testamento sobre la reacción terapéutica negativa. La clave de este misterio, suele decirse, está en la instancia de un masoquismo primordial, o sea de una manifestación en estado puro de ese instinto de muerte cuyo enigma nos propuso Freud en el apogeo de su experiencia (Lacan, J., 1953, p. 304).

Lacan toma la reacción terapéutica negativa para extender su sentido más allá de un hecho paradójico de la clínica, como una noción que -en tanto representa al automatismo de repetición- no puede ser concebida como un simple añadido al edificio doctrinal freudiano. Puesto que lo que Freud afirma allí es su descubrimiento inaugural, —a saber, la pulsión de muerte—, se trata entonces de considerar sus manifestaciones clínicas como una oportunidad para reestructurarla con mayor rigor y darle la forma generalizada que le corresponde a su verdadero sentido. Pero también como la posibilidad de abrir nuevamente su problemática contra la degradación que se hacía sentir por entonces en el psicoanálisis posfreudiano, al tomar los efectos de esta dimensión pulsional como un mero dato (Lacan, J., 1955). De manera tal, Lacan se sirve de la reacción terapéutica negativa como un fenómeno que permite -por su relación con el masoquismo primario- dar cabal significación al *Más allá del principio del placer* freudiano, en respuesta a sus contemporáneos que reducían el masoquismo a un sadismo invertido o atribuían el fenómeno de la agresividad al plano de la identificación imaginaria. Dice así:

Freud nos enseña con el masoquismo primordial que la última palabra de la vida, cuando fue desposeída de su palabra, no puede ser sino la maldición última expresada al final de Edipo en Colona. La vida no quiere curarse. La reacción terapéutica negativa le es sustancial. Por lo demás, ¿qué es la curación? La realización del sujeto por una palabra que viene de otra parte y lo atraviesa.

La vida de la que estamos cautivos, vida esencialmente alienada, ex-sistente, vida en el otro, está como tal unida a la muerte, retorna siempre a la muerte, y sólo es llevada hacia circuitos cada vez más amplios y apartados, por eso que Freud llama elementos del mundo exterior.

La vida sólo piensa en descansar lo más posible mientras espera la muerte. (Lacan, J., 1954-1955, p. 348)

La expresión “la vida no quiere curarse” sitúa a la reacción terapéutica negativa como participando de una cuestión de estructura, que hace emergencia en el análisis llegado a cierto punto, pero que le es sustancial e inherente a la vida misma. Es decir que la potencia de este fenómeno clínico excede en su fundamento a la propia experiencia clínica, para dar cuenta de manera paradigmática del modo de satisfacción de la pulsión, que tomará en Lacan el nombre de goce.

Entonces, las primeras referencias lacanianas a esta cuestión vienen a cuenta precisamente de demostrar esta dimensión de la vida que permanece inevitablemente unida a la muerte, a la que retorna siempre. Algo que Freud enunciaba -destaca Lacan (1955)- desde el *Proyecto de psicología* (1950b) como la originalidad de un sistema que no puede satisfacerse sino con volver a encontrar el objeto radicalmente perdido

Su manifestación en la experiencia analítica

Es a partir del Seminario *Las formaciones del inconsciente* (1957-1958) que Lacan toma la reacción terapéutica negativa en su particularidad propiamente clínica, cuya existencia no es preciso fundamentar sino en el más allá del principio del placer. En este texto se destaca la reacción terapéutica negativa no solo por lo que vino a representar para la teoría psicoanalítica, sino por sus manifestaciones de malestar para el sujeto y para la transferencia en el seno de la experiencia analítica.

Lo refiere del siguiente modo:

De todas formas hemos de detenernos aquí un instante, porque en fin, esta reacción terapéutica negativa no es una especie de reacción estoica del sujeto. Se manifiesta mediante toda clase de cosas extraordinariamente molestas, tanto para él como para nosotros y para su entorno. (Lacan, J., 1957-1958, p. 253)

La especificidad clínica de la reacción terapéutica negativa radica en que ese empuje pulsional de muerte que determina el más allá del principio del placer, cuya inclinación final es al reposo y a la muerte eterna, se hace reconocer en el curso del análisis articulado a las resistencias últimas del sujeto a la lógica analítica. Dice textualmente Lacan:

Lo que Freud nos descubre como el más allá del principio de placer es que puede haber en efecto una aspiración última al reposo y a la muerte eterna, pero, en nuestra experiencia, y éste es todo el sentido de mi segundo año de seminario, encontramos el carácter específico de la reacción terapéutica negativa en la forma de aquella tendencia irresistible al suicidio que se hace reconocer en las últimas resistencias con las que nos enfrentamos en sujetos más o menos caracterizados por el hecho de haber sido niños no deseados. Incluso a medida que se articula mejor para ellos aquello que hará que se acerquen a su historia de sujeto, rehúsan cada vez más entrar en el juego. Quieren literalmente salir de él. No aceptan ser lo que son, no quieren saber nada de esa cadena significativa en la que solo a disgusto fueron admitidos por su madre (Lacan, J., 1957-1958, p. 253).

De este modo relaciona la reacción terapéutica negativa con una determinada posición subjetiva, efecto de complicaciones en la constitución misma del deseo. Si hay cadena significativa pero no deseo del Otro que habite entre dichos significantes, hay rehusamiento del sujeto a confrontarse en la experiencia analítica con esa dimensión en la que "no haber nacido puede parecer mejor suerte para todo lo que ha llegado a ser" (Lacan, J., 1957-1958, p. 253).

Siguiendo esa línea la reacción terapéutica negativa puede ser pensada como la perpetuación, en el seno mismo del análisis, de un rasgo de estructura que se expresa en la evitación, hasta las últimas consecuencias, del amor al saber. Un impase en la dirección de la cura que esclarece sobre la posición de algunos sujetos, que movidos por su horror al saber, se empecinan en rechazar lo que adquieren como descubrimiento en el proceso de tratamiento.

Reacción terapéutica negativa y dirección de la cura

En *La dirección de la cura y los principios de su poder*, texto contemporáneo al citado Seminario *Las formaciones del inconsciente*, retoma la reacción terapéutica negativa en relación a la posición del analista en la conducción del tratamiento. Precisamente en el apartado denominado "Hay que tomar el deseo a la letra" propone que "el deseo, si Freud dice la verdad del inconsciente y si el análisis es necesario, no se capta sino en la interpretación" (Lacan, J., 1958, p. 603). No obstante, continúa Lacan:

Los que desdeñan ahora su instrumento para el análisis han encontrado, como hemos visto, caminos más seguros y más directos para traer al paciente hacia los

buenos principios, y hacia los deseos normales. Los que satisfacen verdaderas necesidades. ¿Cuáles? Pues las necesidades de todo el mundo, amigo mío. Si es eso lo que le asusta, confíe en su psicoanalista, y suba a la torre Eiffel para ver qué bonito es París. Lástima que haya algunos que saltan por sobre la balastrada desde el primer piso, y precisamente de aquellos cuyas necesidades todas han sido reducidas a su justa medida. Reacción terapéutica negativa, diremos (Lacan, J., 1958, p. 604)

Lacan se vale de cierta tonalidad de humor negro para prevenir del infortunio de no comprender cabalmente la significación freudiana del deseo neurótico en tanto que insatisfecho y de empujar con benevolencia en la dirección de su consumación. Afortunadamente el rechazo a la curación no llega tan lejos en todos los sujetos – acota luego-, sino que alcanzado ese punto, por efecto de la compulsión de repetición los síntomas vuelven a surgir como la maleza en la reacción terapéutica negativa.

Acá Lacan asocia la reacción terapéutica negativa al analista, situándola como partenaire del deseo de curar, es decir, ubicando la resistencia del lado del psicoanalista. De modo que, acto seguido agrega:

“[...] No se cura uno porque rememora uno. Rememora uno porque se cura. Desde que se encontró esta fórmula, la reproducción de los síntomas no es ya cuestión, sino únicamente la reproducción de los analistas; la de los pacientes está resuelta” (Lacan, J., 1958, p. 604).

Cabe señalar -sin embargo- que la reacción terapéutica negativa no puede ser considerada exclusivamente una consecuencia del modo como el psicoanalista conduce un análisis y de su correcta ubicación en el dispositivo. En razón de ello, en el Seminario *La ética del psicoanálisis* articula la reacción terapéutica negativa al campo del Das Ding, como el lugar donde cobra entidad clínica la paradoja ética de “aquello que en la vida puede preferir la muerte” (Lacan, J., 1959-1960, p. 128). Es a nivel de este campo del Das Ding, de lo real como lo que siempre vuelve al mismo lugar, como aquello escondido tras la falta de representación, goce perdido para siempre y al que –sin embargo- el sujeto retorna de manera inevitable, donde queda trazado definitivamente el plan freudiano respecto del más allá del principio del placer. De lo que se trata -dice Lacan- no es de un simple retorno, sino de un pensamiento de retorno, que se formula como un pensamiento de repetición, del que Freud ha seguido su huella en la experiencia analítica. Lo que llama reacción terapéutica negativa es la maldición asumida, la maldición consentida de eso que en la vida viene siempre a preferir la muerte; es la revelación por el análisis de “eso que en una vida insiste para quedar en cierto medio; pongamos los puntos sobre las íes, decimos enfermedad o fracaso” (Lacan, J., 1966-1967. Clase 15-2-1967).

Como puede verse la reacción terapéutica negativa es un fenómeno del que básicamente se sirve Lacan para darle fuerza al reverso freudiano del más allá del principio del placer como una cuestión de estructura, pero -a su vez- como relacionado a la posición del analista en la cura. Entonces, ¿cómo arreglárselas con esto en la dirección del tratamiento, cuál debe ser la posición del analista en la transferencia, cuál el acto analítico? Recursos conceptuales como el *deseo del analista* constituyen un aporte fundamental para repensar este fenómeno en la perspectiva que interesa a esta Tesis, y en tal sentido se abordan en el próximo Capítulo.

De la resistencia del superyo al goce superyoico

Son fundamentales los aportes de Lacan respecto del Superyo para pensar el goce que se pone en juego en la reacción terapéutica negativa.

Ya en el Seminario 1, *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954), le otorga a este término la denominación de *palabra clave* y lo va a definir ya a punto de partida como un imperativo. Coincide con Freud en que el superyo está ligado al registro y la noción de ley, pero va más allá puesto que no acota la ley a la cuestión del padre sino que la remite al conjunto del sistema de lenguaje como aquello que determina al hombre como tal y lo separa del animal.

Sostiene que el superyo funciona en el neurótico bajo un carácter arbitrario, insensato, tiránico, de puro imperativo. Esto se debe -dice Lacan- a que si bien el superyo tiene relación con la ley, se trata de una ley a su vez insensata, que llega a desconocer la ley. Lo que hace de la moral del neurótico una moral destructiva y opresora, que “nada tiene que ver con la conciencia moral en lo que concierne a sus exigencias más obligatorias” (Lacan, J., 1959-1960, p. 369). Al respecto expresa:

El superyo es, simultáneamente, la ley y su destrucción. En esto es la palabra misma, el mandamiento de la ley, puesto que sólo queda su raíz. La totalidad de la ley se reduce a algo que ni siquiera puede expresarse, como el Tú debes, que es una palabra privada de todo sentido. En este sentido, el superyo acaba por identificarse sólo a lo más devastador, a lo más fascinante de las primitivas experiencias del sujeto. Acaba por identificarse a lo que llamo la figura feroz, a las figuras que podemos vincular con los traumatismos primitivos, sean cuales fueren, que el niño ha sufrido (Lacan, J., 1953-1954, p. 161).

De modo tal que con el término superyo, va a designar a un enunciado, pero se trata de un enunciado discordante, que emerge de un acontecimiento traumático y que como tal tiene un carácter inadmisibile, no integrable, que reduce la ley al enunciado. De allí su condición de instancia ciega y repetitiva, a la vez que profundamente paradójica y contingente.

A partir de esa reducción de la ley a una palabra privada de todo sentido Lacan orienta en dos direcciones: por un lado, hacia la idea del superyo como un significante que representa por sí solo, que marca e imprime en el sujeto su relación con el significante. Y por otro al predominio de la esfera auditiva en la formación del superyo.

Así, en lo que constituye el superyo, por cierto, vuelve a sostener la función de la palabra en la génesis de esa crisis normativa llamada el complejo de Edipo: “el superyo, como instancia interna, se funda en una integración por parte del sujeto de la palabra en su movimiento general y su estructura fundamental” (Lacan, J., 1955-1956, p. 393).

En el Seminario *El deseo y su interpretación* (1958-1959) introduce un nuevo giro cuando hace intervenir la función de la voz en la formación de la instancia del superyo, *el vozarrón* como lo denomina Lacan, para dar cuenta de aquello que representa la instancia de un Otro manifestándose como real. Más adelante se refiere a los vínculos de la voz como objeto con las manipulaciones primarias del superyo, afirmando la evidente conexión de éste con la voz, tomada ahora bajo el estatuto del objeto a. “No podría haber concepción analítica válida del superyo – afirma Lacan- que olvide que por su fase más profunda (la voz) es una de las formas del objeto a” (Lacan, J., 1962-1963, p. 318).

La voz del Otro debe ser considerada como un objeto esencial y una de sus encarnaduras en el sujeto la constituye la formación del superyo. Pero cabe preguntarse para Lacan “¿Quién? más allá de aquel que habla en el lugar del Otro, y que es el sujeto, ¿quién hay más allá, del cual el sujeto cada vez que habla, toma la voz?” (Lacan, J., 1963, clase única, 20-11-63).

Frente a esta pregunta -para él fundamental e inevitable- Freud responde con el mito del padre, aspecto central de su doctrina; pero se trata de ir más lejos que Freud, más allá del amor al padre, para situar su función en la estructura. Cuestiones que Lacan aborda a través de la metáfora paterna primero y posteriormente con de la función Nombre del Padre, pero para decir que su función se contrapone a la del superyo. Mientras la función Nombre del Padre introduce la ley y está ligada al deseo, por lo tanto pacifica al sujeto, la función del superyo es insensata, carente de toda justificación, es una función desquiciada.

El carácter problemático del superyo para Lacan radica no solamente en que se expresa bajo la forma de la voz hecha objeto a, sino en lo que le dice al sujeto, en el enunciado tan particular que viene a constituir esa voz superyoica. Se trata de un mandato que enuncia una orden de goce. “Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyo. El superyo es el imperativo del goce: ¡Goza!” (Lacan, J., 1972-1973, p. 11)

Lacan produce un giro ético en la teoría psicoanalítica al proponer que el superyo no es peligroso porque prohíba, porque constituya en sí mismo un sistema de prohibiciones, sino porque empuja al sujeto a gozar. De este modo hace del goce una exigencia del superyo. Este deslizamiento de la prohibición a la exigencia de goce tiene profundas consecuencias para la clínica psicoanalítica, en tanto permite pensar que la necesidad de castigo implicada en la reacción terapéutica negativa irrumpe en la cura justamente como imperativo de goce superyoico. En consecuencia el agravamiento como respuesta al tratamiento, se constituye en “una manifestación clínica elocuentemente palmaria de la presencia mortífera del superyo” (Gerez Ambertin, 2013, p. 317).

CAPITULO III:

LA POSICIÓN DE FREUD COMO ANALISTA EN LA EMERGENCIA DE LA REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA

“El peor enemigo de nuestro empeño terapéutico” (Freud, S., 1933, p. 100), “el mayor peligro para el éxito de nuestros propósitos médicos o pedagógicos” (Freud, S., 1924b, p. 171) una fuerza “refractaria a los empeños terapéuticos” (Freud, S., 1924b, p. 172), expresiones con las que la reacción terapéutica negativa aparece en la pluma freudiana, constituyen -a su vez- enunciados que dan cuenta de la posición del analista frente a esta dificultad. La recurrencia en los textos de la asociación empeño terapéutico y reacción terapéutica negativa permite pensar a ambos términos como partenaires de un mismo fenómeno clínico: empeorar al mejorar en el seno mismo del tratamiento. Para Freud el rechazo a la curación, el empeoramiento sintomático que conlleva, se convierte en el más poderoso obstáculo a toda intencionalidad terapéutica. ¿Es posible suponer el surgimiento de la reacción terapéutica negativa en el interior de la experiencia analítica como una respuesta al empeño terapéutico del propio Freud? Es decir, ¿sería -a su vez- el empeño terapéutico el *peor enemigo* de la reacción terapéutica negativa?

Esta diagonal de lectura alude a la hipótesis de esta Tesis en cuanto propone que el empeño terapéutico inicial de Freud pone en juego un deseo de curar que se aparta del deseo del analista, por lo que haría obstáculo a la cura favoreciendo la emergencia de la reacción terapéutica negativa como respuesta del sujeto en la transferencia. Lo que implica articular ambos términos -empeño terapéutico y reacción terapéutica negativa- en una relación de tipo causal, que atañe a la cuestión de la eficacia del psicoanálisis, tal como se le exige en la época actual.

Para fundamentar porqué podría sostenerse una presunción de esa naturaleza se torna necesario situar la posición de Freud como analista ante la irrupción de este fenómeno resistencial de la clínica, a los fines de establecer cuál es la relación con lo que él denomina su *empeño terapéutico* y qué consecuencias tiene para su clínica.

III.1. El empeño terapéutico freudiano

Las resonancias de la advertencia freudiana acerca de los peligros del furor curandis son habituales en las esferas del psicoanálisis, advertencia que Lacan (1955) retoma y eleva en su máxima: curar por añadidura. No son frecuentes, sin embargo, las referencias a la preocupación terapéutica de Freud en los primeros años de su accionar y del papel fundamental que esa pasión desempeñó tanto en su clínica como en su doctrina. En su texto *Prólogo a August Aichhorn, Verwahrloste Jugend* el propio Freud expresa: “Tempranamente había hecho mío el chiste sobre los tres oficios imposibles -que son: educar, curar, gobernar- aunque me empeñé sumamente en la segunda de estas tareas”. (1925c, p. 296). Esta referencia, que corresponde a un momento ya avanzado del pensamiento psicoanalítico, muestra a un Freud autocrítico respecto de su posición en el oficio de curar. “Me empeñé

sumamente” expresa. Ahora bien, ¿qué significa haberse empeñado en curar, qué alcance tiene esta declaración?

La expresión “empeño terapéutico” aparece como tal -es decir justamente como empeño- en la Traducción de las Obras Completas de James Stachey (Aморrortu editores), en su lugar López Ballesteros (Biblioteca Nueva), consigna *labor terapéutica*. De los términos originales en alemán, “Therapeutischen Bemühung”, la traducción de Therapeutisch no ofrece dificultad alguna, todas las versiones coinciden en el significado terapéutico o terapéutica. El escollo se presenta frente a Bemühung, ahí es preciso determinar cuál es la acepción más conveniente al sentido de la acción freudiana: ¿labor o empeño? Consultadas diversas fuentes de traducción los resultados son los siguientes:

- Bemühung: el empeño, el esfuerzo, el afán, el conato, la diligencia, la molestia, el servicio, el trabajo. (Osola, s.f.)
- Bemühung: esfuerzo, molestia, diligencia. (Pons, 2001)
- Bemühung: esfuerzo. (Babylon, s.f.)

Sin duda la acepción empeño⁴ terapéutico o esfuerzo⁵ terapéutico representa más ajustadamente que labor⁶ la posición freudiana frente al tratamiento de sus pacientes. La palabra labor si bien connota el trabajo freudiano en su vertiente de elaboración más artesanal, excluye de su significación la referencia al propósito, la intención y la aplicación de Freud en la dirección terapéutica. Posición en la que posteriormente el propio Freud admite su exceso pero, como puede verse, solo posteriormente, una vez que se ha topado con sus efectos en el campo de la experiencia.

La expresión empeño terapéutico atraviesa la obra de Freud de comienzo a fin, resistiendo avances conceptuales y modificaciones metodológicas. En efecto, ya en sus *Estudios sobre la Histeria* relata el historial clínico de Emmy Von N. en una extractada crónica de las primeras tres semanas, con el propósito de que ello “baste para proporcionar un cuadro intuible del estado de la enferma, de la índole de mi *empeño terapéutico* y de su resultado” (Freud, 1893-1895, p. 96) De manera que realiza un pormenorizado detalle de sus intervenciones casi a diario con esta mujer aquejada de histeria, donde alterna la descripción de la técnica empleada, de las modificaciones técnicas del proceso terapéutico, con una valoración del resultado de cada intervención. Con ello da cuenta de la efectiva naturaleza de *su empeño*: la búsqueda de medios para modificar el estado de la paciente.

Es decir que el empeño freudiano de estos primeros tiempos conlleva en sí mismo la dimensión terapéutica. En tal sentido también en el citado texto, pero ahora en el historial de Elizabeth von R., con posterioridad a un período de rebeldía e indignación de su paciente que hacía peligrar el curso del tratamiento, Freud manifiesta aliviado “yo tenía algo así como la certeza de que todo se arreglaría, de que *mi empeño* no había sido en vano”. Primeras manifestaciones en su experiencia de lo que luego va a conceptualizar como transferencia, partenaire inseparable de su

⁴ “Deseo vehemente de hacer o conseguir algo. Tesón y constancia en seguir una cosa o un intento” (Real Academia Española, 2001).

⁵ “Empleo enérgico del vigor o actividad del ánimo para conseguir algo venciendo dificultades. Empleo de elementos costosos en la consecución de algún fin” (Real Academia Española, 2001).

⁶ “Acción y efecto de trabajar. Obra de coser, bordar, o tejido, etc., hecho a mano. Labranza, en especial la de las tierras que se siembran” (Real Academia Española, 2001).

propio empeño. Finalmente en el capítulo “Sobre la psicoterapia de la Histeria”, expresa:

Si arrojo una mirada panorámica sobre los *empeños terapéuticos* de estos años, desde que las comunicaciones de mi estimado maestro y amigo Josef Breuer pusieron en mis manos el método catártico, creo haber producido, en mayor medida y más frecuentemente que unos daños, beneficiosos resultados, y logrado hartas cosas que ningún otro método terapéutico habría conseguido. Ha sido, en líneas generales, tal como se lo expresó en la «Comunicación preliminar», una sustantiva ganancia terapéutica. (Freud, S., 1893-1895, p. 273)

Balance que viene a coronar la cabal significación freudiana respecto de su empeño a partir de una ganancia que -a esta altura de su obra- se define por su carácter terapéutico.

La relación empeño – método

Si cada vez que Freud habla en términos de empeño está en relación al beneficio terapéutico conseguido, podría suponerse que la expresión empeño terapéutico sea –entonces- atribuible simplemente al hecho de que se encontraba aún en la etapa pre-psicoanalítica, en posición médica de propiciar la cura mediante el método catártico. Sin embargo, en *La interpretación de los sueños* y habiendo dado forma ya al nuevo procedimiento de análisis e interpretación, Freud mantiene la expresión empeño terapéutico, pero en este caso para dar cuenta del modo cómo la ineficacia constatada en las formas anteriores de tratamiento impulsó nuevos caminos de exploración clínica. Dice allí:

Desde hacía años me ocupaba de la resolución de ciertas formaciones psicopatológicas, fobias histéricas, representaciones obsesivas, entre otras, con fines terapéuticos [...] En vista de la impotencia de nuestros otros *empeños terapéuticos*, y del carácter enigmático de esos estados, me pareció seductor avanzar hasta el esclarecimiento total, y arrojando todas las dificultades, por el camino que Breuer abiera. (Freud, S., 1900, p. 122)

Justamente, dicha impotencia lo lleva a reconsiderar cuestiones que habían estado presentes desde sus comunicaciones con Breuer, a partir de lo cual concluye que para estas formaciones sintomáticas su resolución (*Auflösung*) y su solución (*Lösung*) eran una y la misma cosa. De manera tal, que si podía reconducir una de tales representaciones patológicas a los elementos que le dieron origen en la vida psíquica del enfermo, el mecanismo patógeno se desintegraba y él se liberaba del padecimiento. Entonces, habiendo comprometido a sus pacientes a asociar libremente los sueños comenzaron a formar parte del relato, lo que le sugirió tratar al sueño mismo como un síntoma y aplicarle el método de interpretación elaborado para los síntomas, insertando al sueño en el encadenamiento psíquico que habría de rastrearse hasta la idea patógena.

Esta articulación teórica pero también metodológica entre exploración y remisión del padecimiento no va a suprimir la dimensión del empeño. A más de dos décadas de instalado el dispositivo asociación libre/ investigación, Freud va a sostener:

De las indagaciones que sirvieron de base a los estudios de Breuer y Freud, se obtuvieron ante todo dos resultados que ni siquiera la experiencia ulterior conmovió. En primer lugar: los síntomas histéricos poseen sentido y significado, por cuanto son sustitutos de actos anímicos normales; y en segundo lugar: el descubrimiento de este sentido desconocido coincide con la cancelación de los síntomas y así, en este punto, investigación científica y *empeño terapéutico* coinciden (Freud, S., 1926, p. 232).

Alcances teóricos del empeño terapéutico freudiano

Tal como puede verse, las implicancias del empeño terapéutico no fueron solo de orden práctico. Freud lo sitúa como el punto de partida de sus construcciones teóricas sobre la histeria y por lo tanto fundamento de su invención más radical: una nueva teoría del sujeto.

En este provocador recorrido freudiano en el que parte del discurso de la ciencia para revelar lo que ella misma desconocía, la singularidad del deseo y sus consecuencias, Freud se orientó a componer una concepción de la histeria con base psicológica. En su tránsito por La Salpêtrière había constatado que las teorías psicológicas no formaban parte de las inclinaciones de Charcot, quien estaba impregnado de las concepciones dominantes en Francia en ese momento respecto del papel de la herencia y la degeneración. Freud reconoce entonces haber seguido a Pierre Janet, discípulo de Charcot, cuando coloca en el centro de sus incipientes teorizaciones la idea de la escisión anímica y la fragmentación de la personalidad. No obstante, Janet adhiere a la línea francesa al sostener que “la histeria es una forma de alteración degenerativa del sistema nervioso que se da a conocer mediante una endeblez innata de la síntesis psíquica” (Freud, S., 1910, p. 18). Freud -por su parte- adjudica la causa de la escisión de conciencia al conflicto entre fuerzas anímicas en lucha. Ambos autores comparten entonces la idea de la disociación histérica pero mantienen una radical divergencia respecto de su génesis. Freud localiza la causa de esa discrepancia conceptual en el punto de partida de las investigaciones: su empeño terapéutico había marcado de entrada el rumbo de las indagaciones psicoanalíticas. Dice al respecto:

Cuando luego me apliqué a continuar por mi cuenta las indagaciones iniciadas por Breuer, pronto llegué a otro punto de vista acerca de la génesis de la disociación histérica (escisión de conciencia). Semejante divergencia, decisiva para todo lo que había de seguir, era forzosa que se produjese, pues yo no partía, como Janet, de experimentos de laboratorio, sino de *empeños terapéuticos*. Sobre todo me animaba la necesidad práctica. (Freud S., 1910, p. 19)

Esta divergencia, decisiva en efecto, representa el descubrimiento freudiano en su punto nodal: la división subjetiva. Pero se trataba de precisar en el caso de Freud aquello que tiene lugar para provocar esta división. Allí es donde él ubica los deseos infantiles como deseos sexuales, entonces, es como sexual que el deseo es rechazado y como rechazado que persiste y causa una división en el sujeto. Es justamente a partir del empeño terapéutico de Freud que la histérica le testimonia, de forma por demás elocuente, el rechazo de la satisfacción sexual, lo que expresará posteriormente en términos de conflictos entre instancias.

Empeños, resultados, resistencias

Resulta notoria la particular recurrencia en los textos de la articulación del empeño terapéutico con referencia a su consecuente resultado, se trate o no de una derivación exitosa. A medida que Freud avanza en la delimitación de las diversas tipologías psicopatológicas encuentra expresiones que confrontan, en cada situación, el empeño con lo que se podría denominar una valoración de su eficacia. Así en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, va a decir: “Les prometí hacerles comprensible, con el auxilio del hecho de la transferencia, la razón por la cual vuestro *empeño terapéutico* no tiene resultado en alguna neurosis narcisistas” (Freud, S., 1916-17, p. 406). Y por la misma época en el texto *Una dificultad en psicoanálisis*, señala: “Nuestro *empeño terapéutico* obtuvo su mayor éxito en cierta clase de neurosis que surgen del conflicto entre las pulsiones yoicas y las sexuales” (Freud, S., 1917, p. 130)

Ahora bien, a partir del giro teórico que implicó la segunda tópica y la elaboración doctrinaria de la pulsión de muerte, la referencia en su obra al *Therapeutischen Bemühung* quedará inevitablemente asociada a las resistencias en el corazón de la experiencia analítica, más precisamente a la reacción terapéutica negativa. Así en 1924, en *El problema económico del masoquismo*, va a plantear el problema de aquellas neurosis que contrariando “toda teoría y expectativa”, –es interesante acá apreciar la dimensión de lo que Freud espera-, se muestran “refractarias a los *empeños terapéuticos*”. Asimismo en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* da cuenta de cómo “la necesidad de castigo es el peor enemigo de nuestro *empeño terapéutico*. Se satisface con el padecimiento que la neurosis conlleva, y por eso se aferra a la condición de enfermo” (1933, p. 100).

En 1937, en *Análisis terminable e interminable*, habiendo el psicoanálisis logrado discernir los factores decisivos “para el éxito de nuestro *empeño terapéutico*” el interés de Freud se dirige sobre los mecanismos de defensa para “indagar cómo influye sobre nuestro *empeño terapéutico* la alteración del yo que les corresponde” (p. 240). Colige de ello que los modos de reacción fundados sobre tales mecanismos se repiten durante el tratamiento. De manera que:

Durante el tratamiento, nuestro *empeño terapéutico* oscila en continuo péndulo entre un pequeño fragmento de análisis del ello y otro de análisis del yo. En un caso queremos hacer conciente algo del ello; en el otro, corregir algo en el yo. Y el hecho decisivo es que los mecanismos de defensa frente a antiguos peligros retornan en la cura como resistencias al restablecimiento. Se desemboca en esto: que la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo (Freud, S., 1937a, p. 240).

Inevitable alusión a la reacción terapéutica negativa, ¿pero cuál es la relación de este fenómeno con la posición freudiana en la dirección de la cura? La pluma del propio Freud no establece una correspondencia entre su posición como analista y rechazo a la cura como respuesta del sujeto a la misma. ¿Es posible pensar en una relación de tipo causal?

III.2. Freud y la posición del analista

El lugar del analista es una elaboración en varios tiempos a lo largo de la obra

freudiana. Está vinculada por un lado con su herramienta, sugestión, interpretación, construcción, según el período que corresponda; y por otro con su soporte libidinal en la neurosis artificial que implica la transferencia. A partir del momento en que la formulación de la regla asociación libre-atención flotante se constituye en la condición de todo análisis, neutralidad y abstinencia van a cercar el lugar propio del psicoanalista.

Se puede pensar a partir de Lacan en una lógica que atraviesa las variantes de cada nuevo reposicionamiento de Freud como analista, lógica consistente en “una operación de vaciamiento de goce respecto del lugar del psicoanalista” (Delgado, 2005, p. 23). No obstante, se trata de una operación que tiene sus oscilaciones. ¿La reacción terapéutica negativa, acometida del goce del sujeto en la cura, revela algo del goce del propio Freud puesto en acto en la transferencia?

Para responder es preciso poner en tensión el deseo de Freud con lo que Lacan llama el deseo del analista. La teorización lacaniana del deseo del analista permite entender la regla de abstinencia como lo que nombra el deseo del analista en Freud, y lo que es fundamental, lo que posibilita diferenciarlo del deseo –paterno- de Freud. El deseo del analista habilita también al cuestionamiento de lo que del deseo de Freud obstaculiza el acto psicoanalítico.

La problemática de la satisfacción pulsional en la transferencia

La delimitación freudiana del lugar y el obrar del analista en la transferencia componen la construcción misma de la posición del analista en la cura. Desde los primeros textos sobre la histeria se encuentran orientaciones al respecto. No ceder a los agrados o solicitudes de las histéricas, es decir dejar en suspenso su satisfacción, constituye un antecedente de lo que -de los escritos técnicos en adelante- tomará la forma de la abstinencia en la transferencia.

A partir de *La dinámica de la Transferencia* (1912b) articula transferencia y repetición, en la medida que advierte la presencia de la satisfacción pulsional en el seno mismo de la transferencia. Dice allí:

Es, por tanto, perfectamente normal y comprensible que la carga de libido que el individuo parcialmente insatisfecho mantiene esperanzadamente pronta se oriente también hacia la persona del médico. Conforme a nuestra hipótesis, esta carga se atenderá a ciertos modelos, se enlazará a uno de los clisés dados en el sujeto de que se trate o, dicho de otro modo, incluirá al médico en una de las «series» psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces (Freud, S., 1912b, p. 1649).

El mecanismo de la transferencia queda explicado entonces con su referencia a la disposición de la libido, que habiendo permanecido fijada a imágenes infantiles se transpone durante el tratamiento sobre el analista. Pero el modo como opera en la cura conduce a examinar sus relaciones con la resistencia.

Freud se pregunta por qué la transferencia, siendo la palanca más poderosa del éxito terapéutico, se transforma en el arma más fuerte de la resistencia en el tratamiento psicoanalítico. Indica que la resistencia se deriva del propio proceso de la cura. Durante la contracción de la neurosis se ha producido una regresión total o parcial de la libido que ha reanimado las imágenes y fantasías infantiles. La experiencia analítica persigue este recorrido, a los fines de reconducirla a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad. Ahí donde la investigación analítica tropieza con la libido se establece una lucha, a saber:

Todas las fuerzas que han motivado la regresión de la libido se alzarán, en calidad de resistencias, contra la labor analítica, para conservar la nueva situación, pues si la introversión o regresión de la libido no hubiese estado justificada por una determinada relación con el mundo exterior (generalmente por la ausencia de satisfacción), no hubiese podido tener efecto. (Freud, S., 1912b, p. 1650)

Cuando la satisfacción libidinal que se realiza por la vía del síntoma aparece amenazada por la labor analítica, la resistencia se impone de tal modo que las asociaciones del paciente resultan de una transacción entre sus exigencias y las de la investigación psicoanalítica.

La experiencia nos ha mostrado ser este el punto en que la transferencia inicia su actuación. Cuando en la materia del complejo (en el contenido del complejo) hay algo que se presta a ser transferido a la persona del médico se establece en el acto esta transferencia, produciendo la asociación inmediata y anunciándose con los signos de una resistencia; por ejemplo, con una detención de las asociaciones. De este hecho deducimos que si dicha idea ha llegado hasta la conciencia con preferencia a todas las demás posibles, es porque satisface también a la resistencia (Freud, S., 1912b, p. 1650).

A través de la dilucidación de este proceso, que se produce repetidas veces en el curso de un análisis, anuda transferencia y resistencia en torno de la satisfacción de la pulsión en el seno mismo del tratamiento. En este sentido, la transferencia excede a la repetición de los representantes psíquicos y se le presenta como fenómeno de goce articulado con la repetición. El interés freudiano se orienta decididamente a la problemática de la satisfacción en la transferencia. Y su posición en la relación transferencial da cuenta del modo en que Freud opera respecto de la demanda pulsional de sus pacientes.

La regla de abstinencia

En el texto *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (Freud, S., 1914c), avanza en la conexión entre amor y pulsión en la transferencia y sienta las bases de la regla de abstinencia en tanto fundamento ético.

En *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (Freud, S., 1919b) destaca el principio de abstinencia como un principio soberano, que refiere a una determinada posición que le conviene al analista. "En la medida de lo posible la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación, de abstinencia" (p. 158). Ahora bien, veamos de qué estado se trata:

Por abstinencia no debe entenderse la privación de una necesidad cualquiera -esto sería desde luego irrealizable-, ni tampoco lo que se entiende por ella en el sentido popular, a saber, la abstención del comercio sexual; se trata de algo diverso, que se relaciona más con la dinámica de la contracción de la enfermedad y el restablecimiento (Freud, S., 1919b, p. 158).

De manera que la abstinencia del analista se fundamenta en una razón de estructura. Si el paciente enfermó -dice Freud- justamente a raíz de una frustración, sus síntomas cumplen la función de una satisfacción sustitutiva y no renunciará fácilmente a ellos, al menos no sin procurarse alguna satisfacción en otra parte y

muchas veces dentro del propio tratamiento.

El enfermo busca la satisfacción sustitutiva sobre todo en la cura misma, dentro de la relación de transferencia con el médico, y hasta puede querer resarcirse por este camino de todas las renunciaciones que se le imponen en los demás campos (Freud, S., 1919b, p. 159).

Tales satisfacciones reducen la fuerza pulsional que trabaja hacia la curación. Razón por la cual en todas las situaciones el psicoanalista debe manifestarse en una enérgica intervención en contra de las satisfacciones sustitutivas, sobre todo la que busca producirse en la relación de transferencia con el médico. De manera que:

Al enfermo tiene que restarse muchos deseos incumplidos de su relación con el médico. Lo adecuado es al fin, justamente denegarle aquellas satisfacciones que más intensamente desea y que exterioriza con mayor urgencia (Freud, S., 1919b, p. 160).

Freud construye el principio de abstinencia a partir de la estructura del inconsciente y de la pulsión tal cual se revela en la sesión analítica. Se trata que la intervención del analista en abstinencia propicie en la cura la puesta en juego de la dimensión pulsional del sujeto, en tanto resistencia del ello como del superyó. Dimensión pulsional de la transferencia en la que el analista en calidad de objeto queda situado en su centro. Si el analista responde a la demanda se instala la sugestión dando lugar a una práctica sugestiva. Contrariamente, al no responder a la demanda del analizante permite reconducirla a la pulsión (Delgado, O. e Irrazábal, E., 2012).

La regla de abstinencia, junto con la neutralidad del analista son indicaciones freudianas para sostener esa condición que siempre es circunstancial y nunca asegurada a lo largo de la experiencia analítica.

La neutralidad del analista

El recorrido sobre el tema en Freud muestra que las cuestiones relativas a la neutralidad aparecen como una consecuencia lógica de su experiencia y en íntima conexión con la regla de abstinencia. No responder a la demanda del paciente y no intervenir desde su deseo o influir desde sus ideales. Apartar toda subjetividad posible de su acto, tal es su orientación:

He de recomendar calurosamente a mis colegas que procuren tomar como modelo durante el tratamiento psicoanalítico la conducta del cirujano, que impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías psíquicas en su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte (Freud, S., 1912a, p. 1656).

Son principios limitativos del accionar como ejercicio de poder por parte del analista, en el punto donde la técnica soporta la contingencia de ser una práctica que no puede definirse de otro modo que como una experiencia. No identificarse con el lugar del saber, no mostrarse rígidamente moralizantes o aparecer ante los ojos del paciente como representantes o mandatarios de otras personas, de su cónyuge o sus padres, por ejemplo (Freud, S., 1913b). Freud es, en tal sentido, categórico:

Por nuestra parte rehusamos decididamente a adueñarnos del paciente que se pone en nuestras manos, a estructurar su destino, a imponerle nuestros ideales y formarle, con orgullo creador, a nuestra imagen y semejanza. Mi opinión continúa siendo muy contraria a semejante conducta, que además de transgredir los límites de nuestra actuación médica, carece de toda utilidad para la obtención de nuestro fin terapéutico (Freud, S., 1919a, p. 2460).

A partir de Lacan puede leerse neutralidad y abstinencia como dos principios a través de los cuales Freud responde a los mecanismos de suposición-atribución que el sujeto le hace al analista en tanto Otro. A través de la abstinencia responde a la necesidad de dar tratamiento a la atribución de goce, mientras que con la neutralidad del analista responde a la necesidad de no interferir en la suposición de saber. De manera que la neutralidad coloca al analista como semblante de un Otro consistente y la regla de abstinencia lo determina como semblante del objeto. Se retomarán estas cuestiones más adelante en relación a la función lacaniana del deseo del analista.

Ahora bien, ¿qué indica la reacción terapéutica negativa respecto de estos dos principios que definen la posición de Freud en la transferencia y en la dirección de la cura? O dicho de otro modo, ¿qué señala acerca de su posición en relación a la atribución de goce y suposición de saber en la transferencia?

III.3. La reacción terapéutica negativa como respuesta en transferencia

No hay reacción sino negativa

Freud no habla de *reacción terapéutica*, habla de resultados terapéuticos, de eficacia terapéutica, de efectos terapéuticos, de éxito terapéutico. Cada vez que se refiere en términos de reacción terapéutica va a ser negativa, no existe a lo largo de toda la obra freudiana la expresión *reacción terapéutica* sin ninguna adjetivación. Tampoco hay referencia a una reacción terapéutica positiva. No hay reacción terapéutica sino negativa.

De modo que lo terapéutico en Freud es tomado originalmente como intrínsecamente positivo, resultado natural de la cura. Quizás sea preciso en este punto recordar al Freud médico, cuya invención, que bautizó luego como psicoanálisis, nace como un procedimiento terapéutico de la medicina.

La denominación reacción terapéutica negativa alude a que –al menos hasta el momento de su irrupción en la experiencia freudiana– la terapéutica toma consistencia positiva por sí misma. La dimensión negativa constituye el modo a partir del cual Freud comienza a nombrar lo real de la estructura del sujeto, conmocionado en la cura por efecto de la cura misma.

En consecuencia, si la reacción es negativa a la terapéutica, en ello el sujeto re-acciona por oposición⁷, a los dos órdenes involucrados en la acción de la cura: el metodológico y la posición del analista.

⁷ Precisamente, una reacción es toda “acción que resiste o se opone a otra acción, obrando en sentido contrario a ella” (Real Academia Española, 2001)

Reacción negativa a la interpretación

Con la denominación de reacción terapéutica negativa Freud delimita un fenómeno que solo puede ser situado en la clínica, cernido en la experiencia del análisis y en relación a su puesta en marcha. Es decir, como efecto resistencial de la propia cura que se constata por su carácter paradójico en un refuerzo del malestar y en la oposición a la misma. Eficacia analítica mas no eficacia terapéutica.

Su presencia recurrente en la práctica le impone a Freud reconocer las limitaciones de la acción psicoanalítica en el plano terapéutico. Dice al respecto:

Quando se les comunica la solución de un síntoma, tras lo cual normalmente debería sobrevenir su desaparición al menos temporaria, lo que con ellas se consigue es, al contrario, un refuerzo momentáneo del síntoma y del padecimiento (Freud, S., 1933, p. 102).

De manera que ese refuerzo momentáneo del sufrimiento sobrevenido a raíz de la interpretación, viene a poner en evidencia que no hay relación de continuidad, que no hay unión tal entre desciframiento y efecto terapéutico. La investigación analítica no conduce necesariamente a la curación, si bien -a partir de la articulación metodológica asociación libre / interpretación- permanece inequívocamente subordinada a aquella.

La insistencia de la pulsión de muerte en la reacción terapéutica negativa posibilita la constatación de que no sólo con el desciframiento significativo se podía acceder al núcleo duro del síntoma. Revela la presencia de un goce no elaborable ni reducible por la interpretación. La satisfacción que el síntoma proporciona, el más potente beneficio de la enfermedad, se le presenta a Freud en la transferencia operando como límite de la interpretación.

Reacción negativa al empeño terapéutico

Con la reacción terapéutica negativa se pone de manifiesto la división del sujeto contra sí mismo, pero también de la cura contra sí misma, lo que implica una prevención sobre la posición freudiana en la transferencia.

La necesidad de castigo se expresa en la transferencia como resistencia. Esto no constituye una novedad para Freud puesto que, a partir de su elucidación en la experiencia, la transferencia ha estado planteada desde un comienzo en términos de resistencia:

La transferencia que surge en la cura analítica se nos muestra siempre, al principio, como el arma más poderosa de la resistencia y podemos deducir la conclusión de que la intensidad y la duración de la transferencia son efecto y manifestación de la resistencia (Freud, S., 1912b, p. 1651).

Los fenómenos transferenciales entonces señalan momentos de atascamiento, de detención, de la dialéctica analítica. La reacción terapéutica negativa representa uno de esos momentos de la cura, pero estaría señalando además el impasse freudiano respecto de las condiciones –neutralidad y abstinencia- que definen el lugar del psicoanalista, tal como él mismo lo formulara. O sea, también Freud contra sí mismo.

En efecto, cuando se encuentra con la reacción terapéutica negativa en su clínica aparece ubicado como padre elogiando, reconociendo y *empeñado* en liberar a sus pacientes del padecimiento que los aqueja, con lo que induce a la acentuación del sufrimiento de aquellos que rechazan toda evidencia de recuperación.

Si uno les da esperanza y les muestra contento por la marcha del tratamiento, parecen insatisfechas y por regla general su estado empeora. Al comienzo, se lo atribuye al desafío, y al empeño por demostrar su superioridad sobre el médico. Pero después se llega a una concepción más profunda y justa. Uno termina por convencerse no sólo de que estas personas no soportan elogio ni reconocimiento alguno, sino que reaccionan de manera trastornada frente a los progresos de la cura (Freud, S., 1923, p. 50)

Freud no se abstiene de intervenir desde su propio deseo como sujeto. Al “elogiarles su comportamiento en la cura, pronunciar algunas palabras de esperanza en los progresos del análisis” (Freud, S., 1933 , p. 102), provocaría una caída de la regla de abstinencia: es el deseo de Freud y no el deseo del analista lo que estaría en juego allí. El paciente pasaría así a ser objeto de ese deseo de Freud, que es deseo de curar.

El empeño terapéutico implica una detención de la función deseo del analista en Freud, lo que propiciaría el terreno para el florecimiento de la reacción terapéutica negativa como respuesta en la transferencia. La necesidad inconciente de castigo se expresa no como revuelta hacia el analista, -como en la transferencia negativa-, sino como rechazo de la posición paterna que encarna. De manera que la reacción terapéutica negativa constituiría una respuesta en transferencia al empeño terapéutico que le dirige al sujeto y a la dimensión superyoica que el mismo conlleva. Así no solo representa una resistencia del superyo, tal como lo expresa Freud, sino que lo que en ella se resiste es el superyo del analista.

En la manifestación clínica de la necesidad inconciente de castigo – “el peor enemigo de nuestro empeño terapéutico” (Freud, S., 1933 , p. 100)- el partenaire es el analista que hace consistir al Otro como voz superyoica. El analista en tanto superyo conlleva a reproducir en el análisis, aún en el desconocimiento, la estructura misma del goce que se satisface en el síntoma. Entonces el goce del síntoma pasa a la propia cura. Lo que puede provocar una prolongación indefinida del análisis, al modo de una satisfacción sustitutiva dentro de la cura misma, de un sujeto que se aferra tanto al padecimiento como al tratamiento en el que lo afirma.

La reacción terapéutica negativa vendría a denunciar, al modo del sufrimiento neurótico como empeoramiento sintomático, el valor del goce superyoico que conlleva el empeño terapéutico. En la medida que este *empeño terapéutico* al estar sostenido en el Ideal, implica una caída de la regla de abstinencia. Así cuando Freud encarna el "sustituto paterno" en la transferencia descuida en su práctica lo que devela para la religión: la cara del goce del padre (Delgado, 2005).

La reacción terapéutica negativa como destino de la humillación originaria en la transferencia

La posición de Ariel y Sicorsky (2009) representa un aporte a la línea que se viene trabajando aquí. Estos autores ubican a la reacción terapéutica negativa como uno de los destinos posibles de la humillación originaria del sujeto en la clínica. ¿A qué se hace referencia con estos términos?

Por constituirse en el campo del Otro el sujeto estará sometido a los poderes - más o menos arbitrarios- de sus progenitores, será siempre objeto de una violencia estructural que va a ser luego resignificada en sentimiento de humillación, con la consecuente agresividad vengativa de la infancia (Sicorsky, 2009). Y estará además por la misma razón de estructura condenado a ser mendigo del otro, de su amor, de sus palabras, posición de mendicidad también humillante para el sujeto (Ariel, 2009).

Un analista está destinado a que se le transfiera algo de esa humillación originaria del paciente. La transferencia es aceptar eso y lo que un analista hace es poner un marco para escuchar de qué se trata. De este modo el psicoanálisis da cuenta de ese espacio artificial que es la transferencia (Ariel, 2009).

La experiencia clínica confronta siempre con esa dimensión de la humillación y la venganza del sujeto cuya dialéctica se actualiza en el analista. Y es condición que el analista sepa hacer con esa dimensión del objeto que implica la transferencia de lo que no ha tenido aún traducción en palabras. Hacer semblante de la humillación que se deposita en él permite al analizante actualizar por la vía de la transferencia el odio implicado en la posición del objeto que fue. Que el analista no evite ser soporte de esta actualización y que tenga aptitud para la abstinencia son condiciones ineludibles para el “buen destino” del odio en la clínica (Sicorsky, 2009).

Cuando la necesidad de castigo se expresa en la transferencia lo que se transfiere es el masoquismo primordial. Lo que se transfiere es esa posición de objeto de la humillación estructural que el sujeto es en el transcurso de su advenimiento como tal.

Pero a diferencia de la transferencia negativa, -que resulta de una reversión donde aquello que alguien sufre pasivamente como el objeto que ha sido en la infancia lo repite con el analista pero ahora de forma activa, de manera que es el analista quien va a dar en el lugar del niño violentado por la crianza-, la emergencia de la reacción terapéutica negativa implica, por el contrario, que el analista va a parar al lugar del padre que humilla. De manera tal que el sujeto repite una vez más, en la transferencia, el sufrimiento infantil que ha padecido. Y el círculo se cierra cuando el analista responde desde el ideal paterno en la transferencia a través de una demanda de curación o -movido por ésta- a través de una interpretación plena de un sentido que obtura.

De este modo, para los referidos autores, la reacción terapéutica negativa viene a dar cuenta de la humillación constitutiva del sujeto en el seno mismo de la experiencia analítica.

El reverso del deseo de curar

Cuando Freud previene contra el furor sanandis ya se había tropezado con sus efectos en su propia experiencia. La reacción terapéutica negativa advierte justamente sobre las consecuencias del furor sanandis, en tanto se puede conducir al fracaso ahí donde en apariencia se triunfa y se posibilita una mejoría. Es un fenómeno que se presenta entonces bajo transferencia como la trampa de la preocupación por sanar, o dicho de otro modo como su envés, lo que supone articular los términos reacción terapéutica negativa y empeño terapéutico en una relación de tipo causal que Freud –curiosamente- no establece a lo largo de su pensamiento.

Si bien en la Conferencia N° 23 “Angustia y vida pulsional” de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, manifiesta que basta con alentarlos

sobre su evolución en la cura “para provocarles un inequívoco empeoramiento de su estado”, no da cuenta que tal empeoramiento sea relativo a su posición en la transferencia. Por el contrario, afirma a modo de explicación:

Los no analistas dirían que les falta la «voluntad de curarse»; de acuerdo con el pensamiento analítico, deben ver ustedes en esa conducta una exteriorización del sentimiento inconsciente de culpa, al cual se acomoda bien, justamente, la condición de enfermo con su padecimiento y sus impedimentos (Freud, S., 1933 , p. 102).

Por cierto, al referirse a la reacción terapéutica negativa en ningún momento de su obra la plantea como un *d-efecto*⁸ de la dirección de la cura, como un fenómeno que se le presenta bajo transferencia a raíz de su deseo de curar en el punto que afecta lo que hay en el sujeto de rechazo a la curación. O como favorecida por su posición como analista en tanto responde al lugar del ideal paterno en la transferencia.

Por lo tanto, la reacción terapéutica negativa es una manifestación privilegiada para mostrar porqué el deseo del analista en la cura es algo diferente y hasta contrapuesto al deseo de curar entendido como terapéutico. Por qué el deseo del analista es –al decir de Lacan- un deseo advertido de las imposibilidades. Y cómo el analista se halla implicado como partenaire en ese fenómeno de la clínica que orienta a mantener la distancia entre la dirección de la cura y la dirección del paciente.

La rectificación de la posición freudiana

Respecto del sujeto

Al inicio de su recorrido Freud supone en sus pacientes un sujeto sufriente no solo dispuesto a curarse sino que demanda remedio para su padecimiento. Es el sujeto que le corresponde a la posición del médico, correlativo de su empeño terapéutico. La clínica de la neurosis le irá mostrando por el contrario que aquellos que más se lamentan de su enfermedad son -con frecuencia- los menos dispuestos a aceptar alivio alguno y los que ofrecen las mayores resistencias a toda labor terapéutica. Son, a menudo, los que se niegan a la cura en el seno de la cura misma.

Parte entonces del sujeto de la medicina y luego se encuentra con las resistencias y la negativa a la curación. El sujeto no quiere desprenderse fácilmente de su síntoma. Al hallazgo de la condición significante del síntoma, aquella que permite el desciframiento por la vía de la transferencia, debe calcularle el monto de satisfacción que ese mismo síntoma conlleva por la vía ahora de la adherencia pulsional. Esta satisfacción que lo anida lo torna irreductible a la eficacia transferencial en la reacción terapéutica negativa.

Es decir que hay ganancia en el síntoma para aquel que decide refugiarse en la enfermedad. Ahora bien, la ganancia primaria, aquella que Freud articula a partir del masoquismo primario a la necesidad de castigo en la reacción terapéutica negativa, debe discriminarse de la ganancia secundaria de la enfermedad, la que puede situarse en relación a la utilidad social del síntoma. Se trata de una ganancia

⁸ Con esta expresión se quiere significar tanto efecto como defecto.

que es ubicable a nivel de los lazos sociales del sujeto, de una ventaja de la enfermedad más allá de la transferencia. Esta ventaja de la enfermedad se la podría llamar la vertiente social del síntoma.

Freud habla al respecto en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en la Conferencia XXIV denominada “El estado neurótico común”. Es un título muy interesante porque se sitúa de entrada más del lado de lo que es habitual en el neurótico, que del lado de lo excepcional que podría localizarse en el estado patológico propiamente dicho. Dice acá:

En condiciones corrientes advertimos que la escapatoria en la neurosis depara al yo una cierta e interior ganancia de la enfermedad. Y en muchas situaciones de la vida, a esta se asocia una ventaja exterior palpable, cuyo valor real ha de tasarse en más o en menos (Freud, 1916-17, p. 348).

No debe subestimarse por lo tanto la importancia práctica de la ganancia que la enfermedad representa para determinadas situaciones de vida, puesto que esta conlleva también una indicación de orden ético para el psicoanalista. En tal sentido continúa diciendo: “Y aún hay casos en que el propio médico tiene que admitir que el desenlace de un conflicto en la neurosis es la solución más inofensiva y la más llevadera desde el punto de vista social” (Freud, 1916-17). Esto orienta al psicoanalista a manejarse con cautela y no embretarse en todas las situaciones como un fanático de la salud, ni abrazar por su cuenta el partido del combate de la enfermedad. La ventaja social del síntoma se sostiene también en la medida que:

[...] mediante el sacrificio de un individuo a menudo se impide una inconmensurable desdicha para muchos otros. Por tanto, si pudo decirse que el neurótico en todos los casos se refugia en la enfermedad frente a un conflicto, es preciso conceder que muchas veces esa huida está plenamente justificada, y el médico, habiendo reconocido ese estado de cosas, se retirará en silencio, lleno de compasión (Freud, 1916-17, p. 348).

De esta manera Freud establece a la vez un principio limitativo del empeño terapéutico del psicoanalista. La ventaja de la enfermedad es un valor que ha de “tasarse” para la dirección del tratamiento, en tanto cada sujeto está -de alguna manera- conforme con su síntoma. Por un lado, porque la tramitación del conflicto que la formación de síntoma supone es el recurso más cómodo y agradable para el principio de placer; y sin ninguna duda, ahorra al yo un gran trabajo interior sentido como penoso. Por otro, porque el síntoma relaciona al sujeto con una red social de satisfacciones, que opera a modo de consuelo frente a un penar real e incoercible (Freud, 1916-17).

Respecto del analista

Freud se dejó llevar al inicio por la pasión de la curación pero los paulatinos descubrimientos acerca del inconsciente redujeron sus afanes terapéuticos, a partir del asombroso hallazgo según el cual el paciente no desea en verdad eso que solicita desde el comienzo del tratamiento. De manera que no se queda en esa perspectiva original respecto a la terapéutica, sino que -fiel a su modalidad de elaboración doctrinaria- la puso a trabajar a partir de la práctica del obstáculo, lo que involucra también su propia implicación subjetiva.

El empeño terapéutico inicial, que representa -como se ha señalado- el impasse freudiano en cuanto a la posición del psicoanalista en la cura, no constituyó un impedimento para el esclarecimiento de la posición ética que le cabe al analista. Hay una rectificación permanente de la posición del propio Freud en la dirección de afirmar una ética del psicoanálisis, lo que -por su parte- está por demás demostrado a lo largo de su obra.

En *El yo y el ello*, en una larga nota al pie del Capítulo “Los vasallajes del yo” reconoce la dificultad de luchar contra el sentimiento inconsciente de culpa del sujeto, en cuyo caso el desenlace del tratamiento no es para nada seguro. Dice Freud respecto de la posibilidad de vencer ese obstáculo:

Quizá también dependa de que la persona del analista se preste a que el enfermo la ponga en el lugar de su ideal del yo, lo que trae consigo la tentación de desempeñar frente al enfermo el papel de profeta, salvador de almas, redentor. (Freud, S., 1923, p. 51)

Pero enseguida advierte:

Puesto que las reglas del análisis desechan de manera terminante semejante uso de la personalidad médica, es honesto admitir que aquí tropezamos con una nueva barrera para el efecto del análisis, que no está destinado a imposibilitar las reacciones patológicas, sino a procurar al yo del enfermo la libertad de decidir en un sentido o en otro (Freud, S., 1923, p. 51).

Otra referencia de la posición ética de Freud se encuentra en *Esquema del psicoanálisis* (1938), donde considera una ventaja de la relación trasfereencial que el paciente ponga al analista en el lugar de sus padres, puesto que le otorga también el poder que su superyó ejerce sobre su yo. De modo que ubica al analista como el nuevo superyó que tiene así la oportunidad para una suerte de posestación del neurótico y puede corregir los desaciertos en los que hayan incurrido los padres en su educación. Pero -acto seguido- realiza la advertencia de no abusar de ese nuevo influjo. Dice así:

Por tentador que pueda resultarle al analista convertirse en maestro, arquetipo e ideal de otros, crear seres humanos a su imagen y semejanza, no tiene permitido olvidar que no es esta su tarea en la relación analítica, e incluso sería infiel a ella si se dejara arrastrar por su inclinación. No haría entonces sino repetir un error de los padres, que con su influjo ahogaron la independencia del niño, y sustituir aquel temprano vasallaje por uno nuevo. Es que el analista debe, no obstante sus empeños por mejorar y educar, respetar la peculiaridad del paciente (Freud, S., 1938, p. 176)

La rectificación del impasse freudiano -en tanto dificultad de renunciar al ideal paterno en la transferencia- es correlativa a las sucesivas localizaciones de los propósitos terapéuticos del análisis, en relación con lo que se debe esperar de ello al final del tratamiento.

De modo que, a medida que avanza en su pensamiento y que la estructura del sujeto del inconsciente se le revela como tal en su dimensión pulsional incoercible, Freud previene enfáticamente contra el furor sanandis y sus consecuencias para la práctica psicoanalítica, preocupado -sobre todo- por la deriva terapéutica de algunos de sus seguidores. Al respecto Ferenczi constituye su interlocutor por excelencia, quien obstinado en acortar los plazos y profundizar el

potencial curativo de su práctica, sustituye la abstinencia por el activismo del analista, en un intento de flexibilización de la técnica que dará lugar a sus conocidas propuestas de *técnica activa* y *análisis mutuo*. Intentos comparables a la sugestión hipnótica que su maestro no dudará en calificar de vanos, a saber:

Es sin duda deseable abreviar la duración de una cura analítica, pero el camino para el logro de nuestro propósito terapéutico sólo pasa por el robustecimiento del auxilio que pretendemos aportar con el análisis al yo. El influjo hipnótico parecía ser un destacado medio para nuestro fin; es bien conocida la razón por la cual debimos renunciar a él. Hasta ahora no se ha hallado un sustituto de la hipnosis. Desde este punto de vista uno comprende los empeños terapéuticos, vanos por desdicha, a que un maestro del análisis como Ferenczi consagró los últimos años de su vida (Freud, S., 1937a, p. 232).

No obstante, esta prevención no fue escuchada por los post-freudianos en quienes se aprecia un progreso hacia lo terapéutico y un abandono de la concepción de pulsión de muerte y sus implicancias clínicas. Tal como se verifica en la corriente americana que desechando la primera tópica por la segunda, le atribuye al yo un dominio sobre la pulsión.

III.4. La posición del analista a partir de Lacan

El deseo del analista no es deseo de curar

El deseo del analista es un concepto introducido por Lacan. Circunscribe un deseo inédito, que no alude al deseo de la persona del analista, sino a una función que orienta la posición del analista en la cura. De modo que Lacan hace del deseo del psicoanalista una función que designa “al deseo operante en el análisis” (Cancina, 2009).

En Freud, lo que podría identificarse como deseo del analista, refiere a una posición subjetiva. Lacan parte de este legado donde el analista representa un sujeto, afectado al lugar donde lo coloca la transferencia y los sucesivos desarrollos irán paulatinamente en la dirección de producir una función vaciada de la persona del analista.

Freud advierte de la importancia de valerse de la transferencia para ir en contra de la identificación y conducir la demanda a la pulsión, y designa la neutralidad y la abstinencia como lo que ordena la ubicación del analista en la misma. No obstante, Lacan considera que “La consigna de uso de una neutralidad benevolente no le aporta una indicación suficiente” (Lacan, J., 1955, p. 336) al respecto. De manera que introduce la cuestión del deseo del analista a fines de la década del 50, pero para decir primariamente lo que no debe ser. Se trata para Lacan de romper con la relación dual entre el analista y su paciente, puesto que para él la relación analítica no es de carácter intersubjetivo.

Porque el deseo del analista no es tal que pueda bastarle con una referencia diádica. No es la relación con el paciente lo que puede, mediante una serie de eliminaciones y exclusiones, proporcionarnos su clave. Se trata de algo más intrapersonal (Lacan, 1960-1961, p. 125).

Esta primera aproximación a la cuestión constituye una crítica a la noción de contratransferencia, en auge en la escuela inglesa en ese momento. Para Lacan "la contratransferencia no es sino la función del ego del analista, lo que denominaba la suma de los prejuicios de analista" (Lacan, J., 1953-1954, p. 43).

De esto se desprende que el analista "está tanto menos seguro de su acción, cuanto que en ella está más interesado en su ser" (Lacan, 1958, p. 567). Así se va a servir de un juego -el bridge- como metáfora para dar cuenta del lugar conveniente en el análisis para la subjetividad del psicoanalista. Dice:

Pero lo que es seguro, es que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y si se le reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce (Lacan, 1958, p. 221).

Esto no significa que el deseo del analista no se trate de un deseo orientado, es decir, de un deseo que está articulado a una política en la que el analista no es libre –al decir de Lacan en esta misma obra- ni en su estrategia, ni en su táctica.

La relevancia que toma el estatuto del objeto *a*, como *objeto causa*, en *El Seminario 10 La angustia*, constituye un aporte fundamental a la delimitación lacaniana del deseo del analista. Si este objeto es causa de deseo y, como tal, resto de goce a localizar en un análisis, esto es posible sólo si el analista se hace objeto causa de deseo en esa experiencia, encarnando el objeto *a*, soporte del fantasma del analizante. Punto de anclaje de la función deseo del analista (Dicker, 2011).

A partir del Seminario 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, ya no habrá más cabida en sus conceptualizaciones para el "sujeto" analista. El deseo del analista se presenta como una *x*, que no se orienta por ningún Ideal sino por lo real de la estructura y que apunta a contramano de la identificación al analista. Sostiene allí:

La transferencia se ejerce en el sentido de llevar la demanda a la identificación. Es posible atravesar el plano de la identificación, por medio de la separación del sujeto en la experiencia, porque el deseo del analista, que sigue siendo una *x*, no tiende a la identificación sino en el sentido contrario (Lacan, J., 1964, p. 282).

De lo que se trata a partir de esa *x* es de propiciar las condiciones del advenimiento del deseo del analizante y del saber sobre su goce, causado por el objeto *a* que el analista encarna. Es decir que:

Si la transferencia es aquello que de la pulsión aparta la demanda, el deseo del analista es aquello que la vuelve a llevar a la pulsión. Y por esta vía aísla el objeto *a*, lo sitúa a la mayor distancia posible del Ideal que el analista es llamado por el sujeto a encarnar (Lacan, J., 1964, p. 281).

Así la función del deseo del analista revela la inconsistencia del Otro, frente a la cual viene a situarse la consistencia lógica del objeto *a*, que toma su máximo valor en la cura en tanto representa la falta de goce del Otro. Desde esta posición lo que se procura es no responder ni a la suposición de saber ni a la atribución de goce que el analista soporta en la transferencia. Pero ¿a qué apunta de ese modo, qué se busca favorecer? Lacan lo expresa de la siguiente manera:

Es este el deseo del analista en la operación: lleva al paciente a su fantasma original, eso no es enseñarle nada, es aprender de él cómo hacerlo. El objeto *a* y su relación

en un caso determinado, la división del sujeto; esto es el paciente que sabe hacer allí. Y nosotros estamos en el lugar del resultado, en la medida en que lo favorecemos (Lacan, 1965. Clase del 19-5-65).

Entonces, el deseo del analista no es imparcial, favorece el resultado de la operación en la que se implica. Y lo que favorece en tanto resultado está por completo determinado por la posición que ocupa en esa operación. Si puede considerarse la reacción terapéutica negativa como resultado de la operación analítica, ¿qué favorece allí la posición freudiana?

El deseo de curar favorece al goce

El deseo de curar -en tanto sostiene el deseo personal de Freud- lo que favorecería no es la pérdida de goce como efecto de la cura, sino su acentuación en la reacción terapéutica negativa.

En la medida que al analista no solamente se le supone un saber sino también un gozar, la reacción terapéutica negativa podría sobrevenir en caso de que el sujeto llegara a constituirse en el objeto de ese goce. Lo que vendría a dar consistencia al Otro del analista, quebrantando así la condición de la abstinencia siempre exigida a su posición, no solo en el campo del saber sino también en el del goce. El goce particular del analista, oculto bajo el semblante del padre Ideal, favorece lo peor. La reacción terapéutica negativa podría sobrevenir entonces en aquella situación en la que se inscriba para el sujeto que -a través de su mejoría- el analista goza de él, erigiéndose en objeto de ese goce de curar.

El empeño terapéutico freudiano haría consistir al Otro, vía exhortación superyoica. Por esta vía Freud aparecería ubicado como analista amo, no analizando solamente desde el lugar del significante amo, sino encarnando el significante amo (Delgado, O.; Goldemberg, M., 1998).

La neutralidad del analista, por el contrario, se juega en la separación entre la función deseo del analista y su fantasma, separación que se pone en acto en la interpretación. Lacan ha concebido la interpretación no de cualquier forma, sino que toda interpretación conlleva una sustracción. La interpretación incluye siempre un vacío, encierra un vacío de sentido que el analizante completa, en este caso sí, con su propio fantasma.

Cuando la interpretación que trata sobre la verdad reprimida del inconsciente, apoyándose en la suposición de saber, no se abstiene de dar sentido, solidifica al Otro del analista. Lo que puede dar lugar a que la transferencia se eternice en la satisfacción epistémica, sin encontrar límite en el agotamiento del desciframiento. Por cuanto, - como dice Lacan- "el inconsciente no es que el ser piense, como lo implica, sin embargo, cuanto de él se dice en la ciencia tradicional, el inconsciente es que el ser, hablando, goce" (Lacan, J., 1972-1973, p. 128). Y puesto que el ser hablando goza, considerar la interpretación como un corte a la intención de significación apunta justamente a limitar el goce.

Freud halló en la reacción terapéutica negativa el límite de la interpretación que atribuyó exclusivamente a una necesidad de castigo, o sea, a la culpabilidad del sujeto, sin implicancia del analista. La construcción aparece como un recurso frente a la declinación de la interpretación, pero allí -nuevamente- el obstáculo: el saber que aporta el analista a través de la construcción se hace goce en la reacción

terapéutica negativa. En efecto, en su texto *Construcciones en el análisis* Freud articula construcción y reacción terapéutica negativa, dice allí:

Cuando el análisis está bajo la presión de factores intensos que arrancan una reacción terapéutica negativa, como conciencia de culpa, necesidad masoquista de padecimiento, revuelta contra el socorro del analista, [...] luego de serle comunicada la construcción [...] si es correcta, o aporta una aproximación a la verdad, él reacciona frente a ella con un inequívoco empeoramiento de sus síntomas y de su estado general (Freud, S., 1937c, p. 266).

Esta articulación entre la construcción y la reacción terapéutica negativa, puesta de manifiesto a partir del empeoramiento de los síntomas del lado del sujeto, revela la caída de la regla de abstinencia del lado del analista. La comunicación de la construcción –sostiene Delgado (2005)- intenta llenar con saber de amo una falta primaria en el recuerdo, lo que ubica al analista como sugestionador y produce el derrumbe de la regla de abstinencia.

De manera tal que una intervención correcta en términos freudianos, en tanto que aporta una aproximación a la verdad, puede producir empeoramiento de los síntomas, a partir de ser alcanzado el fundamento de la capacidad de desear del sujeto en su soporte fantasmático. Así el sentido hace existir al Otro, como Otro de lo real completado por la voz, tal como se manifiesta en la reacción terapéutica negativa. La construcción como la interpretación que opera por el sentido, conduce a la religión que siempre sostiene al padre y alimenta el síntoma neurótico (Delgado, 2005).

La dimensión de goce superyoico que conlleva el empeño terapéutico tiene su correlato en el “profeta, salvador de almas, redentor” de *El yo y el ello* (1923), en el “predicador en el vacío” y el “sustituto paterno” de *Análisis terminable e interminable* (1937a) y en el “nuevo superyó” del *Esquema del psicoanálisis* (1938), momentos de impasse de la elaboración freudiana donde vincula al analista al ideal del padre y al saber del padre.

El deseo del analista como un no-deseo de curar

Lacan afirma la eficacia del psicoanálisis y sostiene que es en la eficacia que el psicoanálisis “encuentra en ella su razón” (Lacan, 1953, p. 276). No obstante, permanece bien advertido -justamente a través de la experiencia de Freud- acerca de los peligros del furor sanandis, cuyos efectos se deben examinar de cerca en la práctica. Ahora bien, si el analista admite “el sanar como beneficio por añadidura de la cura psicoanalítica, se defiende de todo abuso del deseo de sanar” (Lacan, J., 1955, p. 301). Lo que supone ubicar la dimensión terapéutica como un *beneficio secundario* de la experiencia analítica, secundario al desciframiento significativo del síntoma.

En efecto, hay toda una primera época de la enseñanza de Lacan donde lo anima una idea de curación ligada a una ganancia de saber sobre la verdad del síntoma, es esta una posición muy freudiana del tratamiento. Propone al inconsciente como discurso y el síntoma como mensaje a descifrar. El síntoma es un significativo y la interpretación, desde este punto de vista, apunta a liberar el significado reprimido que constituye la verdad del síntoma. En ese momento Lacan deja de lado la referencia a la satisfacción vinculada al síntoma con la que Freud daba cuenta de la pulsión.

En un segundo tiempo el goce del síntoma se le hace presente como problema y Lacan lo define como la satisfacción de la pulsión, satisfacción cuyo estado debe ser rectificado puesto que se trata de una satisfacción de naturaleza paradójica que implica un “penar de más” (Lacan, J., 1964, p. 174).

A partir de 1960, con el abordaje de la dimensión de lo real planteado en el Seminario *La ética del psicoanálisis*, se produce una disociación entre verdad y curación. Lo real anudado en el síntoma entorpece la relación entre la curación y la verdad anunciada en él. En adelante la relación curar-saber-verdad será una relación disjunta en tanto hay en el síntoma un punto de real fuera de sentido, que escapa a todo saber. La imposibilidad de decir la verdad toda en el síntoma permitirá incluir el valor de goce de esa parte del significado que no encuentra cómo realizarse en el significante. Con la agravación de sus síntomas –tal como se revela en la reacción terapéutica negativa- el sujeto resiste el saber inconsciente. Es por el goce que el síntoma proporciona que la verdad rechaza el saber. Así “el trabajo de desciframiento se topa con lo imposible de descifrar” (Kait, 2005, p. 301).

El recorrido de Lacan es entonces como el de Freud, primero una clínica del sentido del síntoma, luego el encuentro con lo real en la clínica y a partir de ahí cómo operar sobre eso. Pero, a diferencia de Freud, Lacan busca una salida a esta encrucijada que implica el goce en la dirección de la cura. ¿Cómo proceder con eso que no quiere curar?

En el citado Seminario, *La ética del psicoanálisis*, en la Clase denominada justamente *La función del bien*, Lacan va a formular el deseo del analista de una forma peculiar pero contundente: como un “no-deseo de curar”. Dice así:

Diré más, una determinada forma paradójica, incluso decisiva, de articular para nosotros nuestro deseo como un no-deseo de curar; es algo justamente que no tiene otro sentido que ponernos en guardia con respecto a las vías vulgares del bien, tales como se nos ofrecen tan fácilmente en su propensión, en la propensión de la fresca benéfica, del querer el bien del sujeto (Lacan, J., 1959-1960, p. 264).

La cuestión de desear el bien del sujeto es una problemática para Lacan siempre presente en la experiencia analítica, por lo cual el analista debe saber exactamente qué bien persigue con respecto a su pasión, de qué desea curar al sujeto. Dice en tal sentido:

[...] saber cuál debe ser nuestra relación afectiva con ese deseo de buena acción, con ese deseo de curar que sabemos que habla continuamente, en lo más concreto de nuestra experiencia; que debemos contar con él como con algo que no nos indica —muy lejos de eso— por sí mismo, como con algo instantáneo que, en muchos casos, está encaminado a inducirnos a error (Lacan, J., 1959-1960, p. 264).

En 1962 enfatiza el lugar del deseo en cuanto a la posición terapéutica del analista, como algo que se presentifica siempre a través de un problema concreto: “que es el de no dejarnos llevar por una vía falsa, no responder ahí de una forma errada, al menos respecto a cierto objetivo que perseguimos y que no es tan claro.” (Lacan, J., 1962-1963, p. 67).

De manera que no debe tomarse la afirmación de que en el análisis la curación llega en cierto modo por añadidura como un desdén hacia el que sufre, sino como una cuestión de orden metodológico. Tampoco se trata de un rechazo a la curación, puesto que –agrega Lacan- “es muy cierto que nuestra justificación, así como nuestro deber, es mejorar la posición del sujeto. Pero yo sostengo que nada

es más vacilante, en el campo en que nos encontramos, que el concepto de curación” (Lacan, J., 1962-1963, p. 68).

De lo que se trata entonces para Lacan es de proponer un no-deseo de curar en el analista para dar una oportunidad al sujeto de aproximarse a su deseo de no-curarse, para él desconocido bajo la demanda de curación. No querer la curación del paciente abre una posibilidad para intentar sortear la reacción terapéutica negativa, consecuencia de una operación significativa sobre el síntoma en el punto en el que se toca la relación del sujeto con el fantasma.

Es en esta posición del analista en tanto no-deseo de curar en la que se soporta –paradójicamente- la eficacia terapéutica del psicoanálisis. Esto abre a una nueva problemática: la cuestión de cómo concebir la eficacia de una terapéutica que se define por la incidencia sobre un real que resiste a la curación.

CAPÍTULO IV:

LA EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS

IV.1. ¿Qué es eficacia en psicoanálisis?

Una cuestión resistencial

La eficacia como referencia a los efectos posibles de un análisis, o más aún la eficacia terapéutica, ha permanecido dentro de la disciplina psicoanalítica –sobre todo a partir de la enseñanza de Lacan- asociada al furor sanandis, supeditada a la utilidad social y reducida al utilitarismo. Incluso, en cierto extremo, ha sido considerado como un extravío de los fundamentos mismos del psicoanálisis todo interés que se le conceda a lo terapéutico.

La aprensión de los analistas al respecto está, sin embargo, plenamente justificada por la estructura del sujeto que la reacción terapéutica negativa le revela a Freud en la experiencia analítica. En efecto, el psicoanálisis ha establecido en forma inapelable que el sujeto humano está constituido por algo incurable y que la primacía de la pulsión de muerte condena todo proyecto terapéutico a una imposibilidad radical o una falsa promesa.

No obstante, el significante *eficacia* sin ser propio del medio psicoanalítico, es un significante que está en boga. Ha cobrado vigencia a partir de la promoción de la eficacia institucional de las terapéuticas actuales en el área de la salud mental, devenida de la pregnancia en las últimas décadas del paradigma de la medicina basada en la evidencia⁹. De manera que, para posicionar al psicoanálisis en el campo de los tratamientos del padecimiento psíquico, se torna ineludible dar cuenta de qué cura se trata y dónde radica su eficacia.

Ahora bien, considerar la dimensión de su eficacia no implica necesariamente someter la disciplina a los criterios de la técnica moderna, ni renegar de sus fundamentos. El problema de la eficacia terapéutica pone en cruz los elementos internos a la lógica de la cura psicoanalítica con los elementos correspondientes a la validación externa de esta praxis. El asunto debe ser pensado entonces en esa encrucijada.

Esta cuestión –por otra parte- recorre el psicoanálisis, sin agotarse, desde su invención hasta hoy. La obra de Freud puede leerse en función de la eficacia tomada como eje divisorio de dos tiempos, el primero donde lo que se trata de descifrar es cómo funciona la cura y el segundo donde lo que es preciso comprender es qué la entorpece. La noción de pulsión de muerte hace de bisagra en esta división en la que no hay oposición ni contrarios. Toda experiencia analítica hace consistir estos dos momentos articulados entre sí, esto es: cómo funciona y a la vez qué obstaculiza el tratamiento de cada sujeto en particular.

Lacan, asimismo, delimita a punto de partida de su enseñanza la necesidad de formalizar de manera rigurosa qué es lo que opera en un análisis, en controversia con un psicoanálisis posfreudiano asentado en la idea de una cura estándar, reducida al uso de una técnica y por tanto “confundida con un formalismo práctico: o

⁹ Respecto del cual se amplía en el próximo Capítulo, apartado V.2.

sea de lo que se hace o bien no se hace” (Lacan, J., 1955, p. 312). Esta necesidad de formalización, señala a su vez la dificultad inmanente a la cuestión misma de lo que interviene en el análisis en dirección a su eficacia. Dice al respecto de esta dificultad:

El interrogante acerca de cuál es el resorte que actúa en el análisis permanece oscuro. No hablo de las vías por las que actuamos a veces, sino de la fuente misma de la eficacia terapéutica. [...] Parecería que alguna misteriosa resistencia actuase para dejar en una relativa oscuridad este problema, resistencia que no sólo debe atribuirse a su propia oscuridad, pues a veces, en tal o cual investigador, en sujetos que meditan, surgen brillantes destellos. Tenemos realmente la impresión de que el problema ha sido vislumbrado, enfocado lo más precisamente posible, pero que, sin embargo, ejerce no sé qué repulsión que prohíbe su conceptualización. En este punto, quizá más que en cualquier otro, es posible que la culminación de la teoría, incluso su progreso, sean vividos como un peligro. No hay por qué excluir tal idea. Sin duda alguna es ésta la hipótesis más acertada (Lacan, J., 1953-1954, p. 172).

En efecto, las sucesivas elaboraciones de Lacan al respecto constituyen en su conjunto un meticuloso esfuerzo de formalización de los aspectos en donde radica lo que podría denominarse las claves de la cura. Aun así, sobre el final de su enseñanza continúa sosteniendo el interrogante que pareciera escapar a todo intento de aprehensión definitiva: “Todavía estoy para interrogar al psicoanálisis sobre la manera que funciona. ¿Cómo es posible que constituya una práctica que incluso es algunas veces eficaz?” (Lacan, 1976-1977).

Más allá de la oscuridad inherente a la cuestión misma, de la resistencia, repulsión o peligro que provoque en los psicoanalistas, si el psicoanálisis tiene que ver con el sujeto en tanto que sufre, es perfectamente legítimo pedirle que dé cuenta de su eficacia sobre el sufrimiento (Laurent, 1988). No obstante, en tanto la práctica psicoanalítica no hace de la eficacia terapéutica su propósito ni inmediato ni único, es forzoso establecer en función de qué se define una perspectiva terapéutica en un análisis, qué puede hacerla incluso necesaria en ciertos casos y bajo qué premisas, o -por el contrario- cuándo constituye un obstáculo para el análisis mismo. Para ello será preciso, como una cuestión preliminar, puntualizar qué es la eficacia para el psicoanálisis.

La concepción de la eficacia que le cabe a la experiencia analítica

Siguiendo a Brodsky (2006) se puede situar el término eficacia como algo del orden de una cualidad, como la cualidad de lo que es eficaz, entendiendo lo eficaz como lo que produce su efecto. Para pensar la eficacia entonces hay que pensar al mismo tiempo en términos de efecto.

Esta autora toma dos definiciones, precisamente de los diccionarios que Lacan consultaba, Littré y Le Robert, para mostrar un giro decisivo en la cuestión de la eficacia. Hay algo que se modifica entre la definición de eficacia del Littré (Littré, 2012) y la de Le Robert (Robert, 2012). En la definición del Littré, eficacia es “qui produit son effet”, es decir, que produce su efecto. En la definición más contemporánea de Le Robert, eficacia es “qui produit l'effet attendu”, esto significa: lo que produce el efecto que se espera.

Entre la primera y la segunda definición aparece la idea del efecto esperado de la eficacia, o sea, que lo que aparece es el modelo como ideal a perseguir y —a la

vez- como medida posterior de la eficacia. En la primera definición, como "lo que produce su efecto", la eficacia aparece como inmanente al propio objeto, sin referencia a lo que se aspira a llegar a partir de ella. En la segunda definición se introduce, bajo la dimensión de "lo que se espera", la idea de un resultado final pero que va a actuar como causa desde el comienzo. Es decir que el efecto está en el principio. La estructura de la eficacia desde esta concepción es la estructura misma del *a-posteriori*. Se anticipa una finalidad ideal, y luego se localizan los medios para que ese fin ideal se realice como realidad efectiva. Es lo que Lacan, en el Seminario 3 *Las psicosis* (1957-1958), va a llamar -siguiendo a Aristóteles- causa final, entendida como una causa que actúa por anticipación.

En las relaciones del psicoanálisis con el concepto de eficacia hay en este punto una paradoja. Esta paradoja se podría plantear del siguiente modo, por un lado, no es posible concebir al psicoanálisis despojado de la causa final. Pero a la vez, la enseñanza de Lacan, puede leerse como un extenso y dedicado recorrido para –justamente- desprender al psicoanálisis de la causa final.

Así en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1958) Lacan piensa en el final de análisis como causa final, como ideal a ser alcanzado que actúa anticipadamente sobre todo el proceso del tratamiento. La táctica y la estrategia serían los medios para alcanzar ese final. Es decir que la idea de que hay un final de análisis opera desde el inicio, como un ideal que funciona sobre todo el recorrido analítico. Sin embargo, Lacan se opone -a la vez- al modelo de la causa final, precisamente porque en la cura no hay manera de hacer corresponder los medios con el fin. Medios y fin son totalmente permutables, en el sentido en que el modo como un analizante llega al fin de análisis no guarda ninguna relación con el modo cómo llega otro analizante.

Lo propio de la eficacia analítica, entonces, hay que buscarlo en esa grieta existente entre el modelo y los medios, en esa en esa brecha entre la teoría como idea y la acción práctica (Brodsky, 2006).

Ahora bien, cuando se habla de eficacia del psicoanálisis hay que poner en consideración la doble dimensión que supone la práctica psicoanalítica. En esta doble dimensión, la eficacia del psicoanálisis puede pensarse como eficacia analítica o como eficacia terapéutica.

Pero hay otra eficacia del psicoanálisis, que es la que ha tenido el psicoanálisis en la cultura, la eficacia que se desprende del hecho de que a partir de su existencia -y solo a partir de ella- se ha impuesto un discurso y una terminología que antes no existían (Domb, 2007). Se ha modificado de manera definitiva toda concepción y referencia a lo subjetivo, a partir de una teoría del sujeto que desborda y trasciende el ámbito de la experiencia analítica. Expresiones tales como inconciente, lapsus, libido, superyo, etc. habitan el lenguaje corriente, así como también las concepciones psicoanalíticas nutren, en forma directa o indirecta, a las teorizaciones de las más diversas disciplinas, básicamente en el campo de las llamadas ciencias sociales.

No es lo mismo –entonces- hablar de eficacia analítica que de eficacia terapéutica. Esta diferencia es situable desde el origen mismo del psicoanálisis. El recorrido freudiano respecto de la eficacia muestra las relaciones entre ambas en términos de aproximación, superposición, distanciamiento, en los distintos momentos de su obra. Primero, durante la concepción etiológica del trauma como acontecimiento y de la abreacción como método de tratamiento, la eficacia fue terapéutica pero no analítica. Luego, a partir de la concepción metodológica del par asociación libre-interpretación, coinciden y se superponen, eficacia analítica y

terapéutica son la misma cosa, hay equivalencia. Finalmente, desde la constatación clínica de la pulsión de muerte, Freud va a localizar la existencia de una eficacia analítica independiente de la eficacia terapéutica, de manera que la eficacia analítica se separa de la terapéutica. Paulatinamente el interés freudiano fue cambiando de la eficacia terapéutica a la eficacia analítica, es decir, la eficacia de la labor analítica en términos de investigación del inconsciente y del psicoanálisis mismo como disciplina científica más allá de sus benéficos resultados.

Las dos acepciones de eficacia anteriormente planteadas resultan útiles para establecer la diferencia entre la eficacia analítica y la terapéutica. Podría situarse la eficacia analítica como aquella que produce su efecto, mientras que eficacia en su perspectiva terapéutica sería la que produce el efecto esperado.

En la actualidad puede hacerse corresponder sin dificultad la eficacia terapéutica como lo que se espera del psicoanálisis. La terapéutica como causa final está en el ideal de las políticas de salud del Estado, en el sentido de lo que se espera de un análisis y si es posible en tiempo y costos reducidos. Es una causa en la que el psicoanálisis no puede quedar afuera inocentemente, tiene que hacer jugar sus argumentos y también sus medios.

La eficacia del significante

La eficacia más propia del psicoanálisis es la de la palabra como instrumento para afectar lo real, supone la incidencia de la palabra sobre lo real del cuerpo. Fue justamente esa eficacia de la palabra sobre el cuerpo, o dicho de otro modo, sobre la satisfacción pulsional que supone el síntoma, lo que condujo a Freud a utilizar la sugestión en los comienzos de su experiencia y la que está en el fundamento del uso que hizo de la sugestión primero y de la interpretación luego.

En el plano de la sugestión el sujeto está –al decir de Lacan- en relación a la eficacia imaginaria, la que se articula en torno del ideal del yo. La eficacia analítica –en cambio- está en relación a la eficacia simbólica, término que como se sabe Lacan toma de Lévi-Strauss (1968). La eficacia simbólica no tiene al ideal como causa final, sino que introduce el significante como causa que determina al sujeto, lo que no se corresponde con la identificación imaginaria.

Brodsky (2006) plantea que es a partir de *La instancia de la letra en el inconsciente* (1957), que Lacan deja de manera definitiva la idea de causa final y hace del significante la causa material del sujeto. Lo que produce es un pasaje de la identificación con el ideal como causa final, al significante como causa material. A través de la causa significante entonces incorpora la dimensión de mecanismo y de causación en el sistema significante.

En la eficacia simbólica, la causa está en el significante y el efecto que resulta es el propio sujeto. Se trata de un efecto de la cadena significativa S_1 - S_2 que no está orientado por ninguna finalidad, que opera sin ningún fin que lo guíe. Hay causación del sujeto simplemente en la medida en que existe en el lenguaje.

La eficacia analítica estando en absoluta relación con la eficacia simbólica, sin embargo, se le opone. Se trata de una relación de contraste. La eficacia analítica no consiste en producir un sujeto, puesto que el efecto sujeto es lo propio de la eficacia simbólica, se produce porque se habla. La eficacia analítica consiste –precisamente- en la caída de la causa significante. Se trata justamente de hacer caer los significantes amo, los llamados S_1 , aquellos significantes primordiales a partir de los cuales se ordena el sujeto, que marcan al sujeto no sin sufrimiento. Es el resultado

de la separación del significante, del sentido, cuando es posible aislar el síntoma de los significantes sin ningún sentido apresados en él.

Entonces, la eficacia analítica consiste en la caída de esos significantes de los cuales el sujeto es el efecto, de manera que esa caída significativa tiene como consecuencia también la caída del sujeto. Se trata de una operación que afecta a la causa significativa y a su efecto: el sujeto. Esta operación le dio lugar a Lacan a referirse al final de análisis en términos de destitución subjetiva, de desubjetivación, es decir, de desaparición del efecto sujeto.

Ahora bien, ¿qué es lo que posibilita la caída de esos significantes que efectúan al sujeto, y que a la vez lo mortifican?

Para responder es preciso volver a la eficacia simbólica del significante. Un significante mortifica porque tiene la condición de estar afectado por la libido, sostiene un campo de significación anudando un goce. Es la pulsión lo que da al significante amo su carácter de tal. Cuando por efecto del análisis su investidura libidinal le es despojada su eficacia desaparece. Por lo cual puede decirse que es la pulsión la causa de la eficacia simbólica del significante e inversamente, por sustracción, causa de la eficacia de la operación analítica.

Por tanto, se puede responder por la caída de los S_1 siguiendo la formulación freudiana en términos de la libido que abandona sus posiciones o siguiendo la formulación lacaniana como pérdida de goce. Pero esa dimensión pulsional una vez desprendida del significante ¿qué destino toma? Ahí donde Freud habla al respecto de la energía libre en el sistema y postula el carácter interminable del análisis, Lacan dice del saber hacer con la pulsión en el fin de análisis. En definitiva, hablar de eficacia en psicoanálisis a partir de Lacan supone a establecer las condiciones que deberían permitirle al sujeto, en su singularidad, un nuevo arreglo con el modo de satisfacción de la pulsión que no esté fundado en nuevos ideales.

La dimensión terapéutica: entre los efectos analíticos y los efectos de sugestión

Eficacia analítica y eficacia terapéutica dan cuenta de una tensión que el psicoanálisis hoy más que nunca debe soportar. Si la eficacia analítica es la eficacia que es propia de un análisis y la eficacia terapéutica es la que se espera del psicoanálisis, es preciso determinar si la eficacia analítica supone como resultado a la eficacia terapéutica. Esto es, ¿qué relación hay entre la eficacia propia de la práctica analítica y la que se espera de ella?

El descubrimiento de Freud subvierte la concepción de lo terapéutico que proviene de la medicina. Para la ciencia médica su resultado es siempre predecible, correlativo al objetivo terapéutico que se propone y consecuencia directa de la técnica que emplea. Para el psicoanálisis, en cambio, es imposible conocer a priori lo que es terapéutico para un determinado sujeto. Esta dimensión de lo no anticipable de su efecto hace de la práctica psicoanalítica una de las profesiones denominadas por Freud como imposibles. Al respecto dice:

Y hasta pareciera que analizar sería la tercera de aquellas profesiones “imposibles”, en que se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia del resultado”. Las otras dos, ya de antiguo consabidas, son el educar y el gobernar (Freud, S., 1937a, p. 249).

Es decir que, no solamente no se puede prever el resultado sino que -más contundentemente aún- es justamente la insuficiencia del resultado lo que puede anticiparse en psicoanálisis. Esta insuficiencia le abre lugar a lo que es inédito, a lo que será del orden de la invención en la experiencia analítica y que no admite ninguna prescripción a priori.

Sin duda, el médico analista es capaz de mucho, pero no puede determinar con exactitud lo que ha de conseguir. Él introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisarlo, promoverlo, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto viciarlo en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá (Freud, S., 1913c, p. 131).

De manera que en la experiencia del análisis eficacia analítica y eficacia terapéutica se pueden distinguir solo a posteriori, a partir del efecto producido. Los efectos analíticos son efectos de la división del sujeto, consecuente de la puesta en funcionamiento del deseo del analista. Los efectos terapéuticos son efectos de alivio subjetivo, resultado del aplacamiento o desaparición de un padecimiento a nivel del cuerpo y/o del pensamiento. Pueden coincidir pero sin superponerse. Dice Delgado al respecto:

Efectos analíticos, refiere a una modificación en la relación de un sujeto con sus dichos, el sostenimiento de un espacio entre los enunciados y la posición de enunciación. Claramente una experiencia del inconciente. Su orientación, es ese forzamiento que implica el deseo de saber y no aporta (como condición necesaria) ningún bienestar (Delgado, 2005, p. 285).

La eficacia analítica se diferencia de la terapéutica por un principio que es inherente al proceso de la cura psicoanalítica: en tanto la eficacia analítica es necesaria, la terapéutica es contingente. Esto quiere decir que durante el tratamiento puede haber efectos analíticos sin efectos terapéuticos asociados a él, o más aún, efectos analíticos que se presenten bajo una dimensión angustiosa, como en algunas situaciones en que el análisis se aproxima a algo de la falta en ser (Chamorro, 2008).

Inversamente, hay efectos terapéuticos que no se producen a partir del efecto analítico y que muchas veces funcionan en contra de él. Puede darse lo terapéutico como efecto de sugestión, como efecto de sentido, incluso de anclaje de nuevos significantes operando como nuevos S_1 que identifican al sujeto. Aquí la eficacia terapéutica no solo no coincide con la analítica, no solo se disocia de ella, sino que se le opone. Si hay efectos terapéuticos y no analíticos, la verdad del síntoma permanece intocada. De modo que es preciso regular los efectos terapéuticos bajo transferencia, en tanto que si el alivio sintomático obtura la división del sujeto, esto implica una clausura de la posibilidad del efecto analítico.

Freud discrimina a punto de partida de su definición metodológica lo que en el plano terapéutico es de orden sugestivo de lo que es de orden analítico. Y si bien este último representa una superación del anterior en cuanto a la técnica, a nivel de las conceptualizaciones cada uno toma en la teoría su preciso lugar. Respecto de los fenómenos sugestivos, soporte fundamental de sus experiencias de tratamiento con el método catártico, encuentra que si bien conllevaban a la eliminación del síntoma, tal situación no podía considerarse como cura. Localiza en esto una

posición ética respecto del síntoma, como portador de una verdad en el sujeto que es preciso conmover bajo transferencia. Hay que ir más allá de la sugestión.

Sin embargo, en su Conferencia 27ª "La transferencia", de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud sostiene que la transferencia es posible merced precisamente a una propiedad universal, vale decir, a que todos los hombres son sugestionables. "Su sugestionabilidad no es más que la inclinación a la transferencia" (Freud, 1916-17, p. 405). La sospecha freudiana respecto de los efectos de la sugestión en el tratamiento psicoanalítico, su exigencia de una posición del analista que —neutralidad y abstinencia mediante— lo ponga a distancia de una práctica sugestiva, no desacreditan a la sugestión como fenómeno soporte de la transferencia, imaginaria, acotará luego Lacan. La íntima vinculación entre transferencia y sugestión se torna problemática solo en relación con la respuesta del analista a la demanda del analizante.

Ya se pretenda frustrante o gratificante, toda respuesta a la demanda en el análisis reduce en él la transferencia a la sugestión.

Hay entre transferencia y sugestión, éste es el descubrimiento de Freud, una relación, y es que la transferencia es también una sugestión; pero una sugestión que no se ejerce sino a partir de la demanda de amor, que no es demanda de ninguna necesidad. Que esta demanda no se constituya como tal sino en cuanto que el sujeto es sujeto del significante, es lo que permite hacer de ella mal uso reduciéndola a las necesidades de donde se han tomado esos significantes, cosa que los psicoanalistas, como vemos, no dejan de hacer (Lacan, 1958, p. 615).

Una práctica sugestiva resulta entonces de un mal uso de la demanda amorosa en el seno de la transferencia. Lo cual orienta respecto del buen uso que es preciso hacer de ella, esto es, que opere en el análisis al servicio de la cadena significativa en la que se manifiesta el sujeto. Si responder a la demanda reduce en el análisis la transferencia a la sugestión, en ello se afirma que la transferencia comprende en sí misma a la sugestión a condición de no ejercerla. De lo que se trata es de encauzarla en el seno mismo de la experiencia analítica en la dirección que permita establecer las condiciones de la relación del sujeto con el goce, dirección en la que se fundamenta la ética que le es absolutamente específica a la terapéutica psicoanalítica y que la diferencia de las psicoterapias.

De manera que lo terapéutico para el psicoanálisis no es de otro carácter que el propiamente analítico. Es decir que, lo que en la clínica se verifica como terapéutico lo es en la medida que implica ubicar en la trama discursiva el anudamiento pulsional del síntoma, incidir en la disposición del goce en el sujeto y generar una ganancia a nivel del deseo (Lombardi, G., Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E. y Gurevich, M., 2004). Tal como expresa Lacan:

Aun cuando en conjunto prácticamente nos acomodemos muy bien, nos encarguemos de conducir a la gente a sus asuntos, si ubicamos ese resultado bajo la forma de éxitos terapéuticos, sabemos al menos que, una de dos: o lo hemos hecho por fuera de toda vía propiamente analítica, y entonces lo que fallaba en el centro del asunto - pues se trata de eso- sigue fallando, o bien que si hemos llegado allí, es justamente en la medida - es el abc de lo que se enseña en psicoanálisis - en que no hemos buscado de ninguna manera arreglar el asunto, sino que hemos estado en otra parte, vueltos hacia lo que tintineaba, lo que vibraba en el centro, en el nudo libidinal (Lacan, 1961-1962).

Y la vía ha sido la propiamente analítica, si se ha logrado producir algún efecto, no cosmético sino quirúrgico, a nivel de la economía pulsional de quien acude al analista. Lo que es posible, aclara Lacan, a condición de no buscar arreglar nada, de no estar tras el éxito terapéutico.

La terapéutica analítica concierne a lo real del goce

La discriminación entre el carácter propiamente analítico o la pura dimensión sugestiva del efecto terapéutico no es algo que incumba al Otro social. Para sus instituciones, para sus estadísticas o para sus protocolos, no hay ninguna finalidad superior a la eficacia terapéutica misma, esto es, la desaparición de las manifestaciones sintomáticas del padecer. De manera tal que esta promoción sanitaria de la eficacia, tanto en ámbitos públicos como privados, ha provocado a los psicoanalistas a examinar su modo de respuesta a las demandas que recibe y de subrayar la dimensión terapéutica que conlleva. Dicho de otro modo, establecer la especificidad que cobra lo terapéutico en psicoanálisis a fin de demostrar su utilidad social en el medio en el que pretende tener incidencia.

Cual nuevo retorno a Freud, ha sido preciso reafirmar el valor terapéutico del dispositivo analítico: la interpretación que pone en juego la división subjetiva, produce alivio en el sujeto. No obstante la reacción terapéutica negativa viene a dar cuenta que la vía del desciframiento resulta insuficiente cuando de lo que se trata es del núcleo inasimilable del síntoma. Se torna necesario, entonces, intervenir sobre la relación del sujeto con el goce, cuyas paradojas se revelan en los fenómenos vinculados al masoquismo de la pulsión, lo que podrá o no producir efectos terapéuticos.

El sujeto se dirige al analista para hablar de sus síntomas y por el solo hecho de hacerlo el malestar encuentra un aplacamiento. Entonces, un primer efecto terapéutico se produce cuando la queja que porta el síntoma encuentra un alojamiento en el dispositivo analítico y conduce a la implicación causal del sujeto. Lo que podrá dar lugar a la operación de rectificación subjetiva, es decir, la localización de su posición con respecto al síntoma, en términos de una satisfacción que le es absolutamente única, que ubica su sufrimiento como consecuente de una particular elección y que conlleva a la vez -por ser partícipe de eso mismo de lo que padece- el responsabilizarse de su propio goce.

Ahora bien, que alguien refiera un padecimiento del cual requiere ser liberado, no admite por sí que esté dispuesto a implicarse en el mismo para modificar algo. El sufrimiento puede a veces tomar la forma de un sacrificio, de un castigo que se demanda, que asegura un lugar en el Otro, que justifica la propia existencia y que no se cede fácilmente.

El sujeto mientras padece de su síntoma obtiene satisfacción, en cambio, a través de su fantasma (Miller, 1986). La concepción lacaniana del fantasma introduce una dimensión ética en la práctica analítica, que podría enunciarse de la siguiente manera: en tanto el síntoma concierne a la terapéutica, el fantasma concierne a la eficacia analítica y al deseo del analista que orienta un análisis más allá de la homeostasis y el bienestar. No obstante síntoma y fantasma permanecen anudados, de manera que:

Toda vez que el análisis logra desanudar lo real de la pulsión que habita en el síntoma, despojándolo de los velos fantasmáticos, el sujeto puede encontrar un alivio

al obtener cierta ganancia de saber en términos del hacer [...] Encontramos un efecto terapéutico de la cura cuando el sujeto logra desinvertir o ir más allá de un fantasma pudiendo abandonar el lugar de objeto que ocupó para obturar una falta del Otro. (Marotta, 2008, p. 21)

De manera que la experiencia analítica resulta eficaz en tanto se ocupa del goce a partir del *¿che vuoi?*, es decir, a partir de la barra en el Otro, lo que implica un tratamiento del fantasma, de la relación del sujeto con el objeto. Y en cuanto toma al síntoma, como resultado de su adaptación al conflicto pulsional, como lo que revela la posición del sujeto implicado en el fantasma. El resultado terapéutico adviene como consecuencia de un saldo de saber que permite otro modo de satisfacción de la pulsión, menos mortificante y más articulado al deseo.

La eficacia analítica es –entonces- la eficacia del dispositivo analítico en tanto que, apuntando al modo de gozar de cada uno con su síntoma, alcanza el abrochamiento entre la cadena significativa y el goce pulsional en juego. En la capacidad de afectar lo real por lo simbólico radica, justamente, la primacía del dispositivo analítico como maquinaria de producción terapéutica. En tal sentido, Colette Soler refiere:

El dispositivo analítico es simple, es la dupla asociación libre - interpretación. ¿Qué justifica la preponderancia dada al dispositivo? Lo que la justifica es que hay un éxito del psicoanálisis, es decir que hay logros terapéuticos; eso nos asegura, y eso le aseguró de entrada a Lacan, que hay un real en juego en este dispositivo. Por eso no hay que hablar con demasiado desprecio de los logros terapéuticos, porque, por empezar, no hay psicoanálisis sin éxito terapéutico, que aunque parcial es ciertamente necesario, y porque si no hubiera efecto terapéutico, eficacia terapéutica, no quedaría, después de todo nada del psicoanálisis, no quedaría nada para asegurarnos de que todo ese bla-bla está conectado con algo real (Soler, 1996, p. 15).

No hay que perder de vista –sin embargo-, y esta es la ética del psicoanálisis que subvierte toda concepción de la curación, que más allá de toda eficacia posible del dispositivo analítico, hay algo en el sujeto imposible de curar, no se puede curar de la propia existencia humana, de la desventura inevitable que confronta al hombre con la castración. El psicoanálisis viene a denunciar sobre el horizonte de la terapéutica convencional, que no hay cura para la herida estructural del hombre, ni para el desamparo o la falta de garantía al confrontarse con el deseo del Otro.

La cura del psicoanalista, que no es como las otras

Cuando en *Variantes de la cura tipo* Lacan sostiene que “el psicoanálisis no es una terapéutica como las demás” (1955, p. 312) no deja de afirmar con ello su valor terapéutico. Que el psicoanálisis no sea una terapéutica como las otras supone que, sin ser una más, estaría -sin embargo- incluida en el campo de la terapéutica. No obstante, es primordial en este punto atender a la distinción que Lacan realiza de manera cuidadosa entre terapéutica y psicoterapia, a partir de la cual puede establecerse que si el psicoanálisis no es una terapéutica como las demás es justamente porque no es una psicoterapia. En efecto, afirmar el carácter terapéutico de la experiencia analítica, no significa la adaptación de la cura a criterios empíricos o terapéuticos sino, por el contrario, se trata de sostener “una preocupación, puntillosa llegado el caso, de pureza en los medios y los fines” de la cura, para

mantener su propio estatuto ético. En definitiva, dirá Lacan, “Se trata ciertamente de un rigor en cierto modo ético, fuera del cual toda cura, incluso atiborrada de conocimientos psicoanalíticos, no sería sino psicoterapia” (1955, p. 312).

Ahora bien, ¿cuál sería el criterio que delimita la singularidad de la terapéutica analítica si no es empírico, “o sea de lo que se hace o bien no se hace”, ni terapéutico, “de apreciaciones tan sumarias como: “mejorado”, “muy mejorado”, incluso “curado”” (1955, p. 312)? Lacan responde: “Este criterio rara vez enunciado por considerárselo tautológico lo escribimos: un psicoanálisis, tipo o no, es la cura que se espera de un psicoanalista” (1955, p. 317). Frase que retoma trece años más tarde en el Seminario *El acto analítico*, para reafirmar:

En efecto, no hay otro criterio. Pero justamente es ese criterio lo que se tratará de definir, en particular cuando se trata de distinguir un psicoanálisis de ese algo más amplio y que todavía tiene límites inciertos que se llama una psicoterapia. [...] Del psicoanálisis, partamos solamente de lo que por ahora es nuestro punto firme: que se practica con un psicoanalista. Hay que entender acá “con” en el sentido instrumental, o al menos les propongo entenderlo así. (Lacan, 1967-1968. Clase 13-3-68)

En este mismo Seminario Lacan despliega la lógica que conduce a la eficacia del acto analítico¹⁰, delimitando los elementos esenciales a su estructura. “Fuera de lo que he llamado la manipulación de la transferencia –dice aquí Lacan- no hay acto analítico”. Asimismo sostiene “yo soy psicoanalista, y en el acto analítico estoy yo mismo tomado”. De manera que el acto analítico es el acto del psicoanalista, esto significa que:

Interpretación y transferencia están implicadas en el acto por el que el analista da a ese hacer soporte y autorización. Está hecho para eso. Aún si el analista no hace nada, hay que dar sin embargo algún peso a la presencia del acto. Pues esa distribución del hacer y del acto es esencial al estatuto mismo del acto (Lacan, 1967-1968. Clase 6-12-67).

O sea que el analista, tanto en su hacer como en su posición, es indisociable de la eficacia del psicoanálisis. La eficacia, en el buen caso acontece cuando el analista ocupa la posición que corresponde a su acto. No basta con que el analizante despliegue su transferencia, es preciso que, a partir de la escucha el analista sepa hacer ahí: maniobrar, interpretar e intervenir de manera conveniente en cada ocasión (Domb, 2007, p. 7).

Parafraseando a Lacan podría establecerse -entonces- que la eficacia del psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista, pero a condición de no desear curar. Lo cual quiere decir que la sustracción del analista al furor de curar está lejos de definir la práctica analítica como un acto en donde todo efecto terapéutico se produce al margen del analista mismo. Sino que, por el contrario, es posible afirmar que el psicoanálisis ha de asignarle un lugar al vivir mejor del paciente sabiendo cuidadosamente qué lugar darle, para que de ese modo el analista no se destituya de su propio lugar. Así, el psicoanálisis demuestra ser una práctica eficaz sin por ello identificarse con parámetros de eficacia propios del discurso científico, puesto que: “El psicoanálisis particularmente no es un progreso. Es un sesgo práctico para sentirse mejor” (Lacan, 1976-1977. Clase 14-12-76).

¹⁰ Cuyo desarrollo excede obviamente el propósito de este trabajo.

IV.2. La actualidad de la pregunta por la eficacia

¿De qué pregunta se trata?

El psicoanálisis siempre ha generado resistencias, desde las más veladas hasta los rechazos más manifiestos. Puede decirse que resistir al psicoanálisis es inherente a su estructura misma. Aquello que la humanidad reprime y la cultura expulsa para sostenerse como tal, es lo que el psicoanálisis revela, de lo que se ocupa y se seguirá ocupando, en tanto eso vuelve a reaparecer bajo diversas formas sintomáticas. Freud sabía que la naturaleza de su descubrimiento conllevaba el infortunio de la repulsión de sus contemporáneos, para cuya aceptación fue menester dar prueba de la eficacia de sus resultados, es decir, de la utilidad social de su conocimiento.

Roudinesco en su libro *¿Por qué tanto odio?* sostiene que el psicoanálisis aportó algo que resulta intolerable a la humanidad. “Es la revolución de lo íntimo. Es la explicación del inconsciente y la sexualidad. Este es el primer escándalo, que aún sigue chocando” (2011, p. 57). Empero, en la actualidad del contexto científico y de las disciplinas afines al campo psicoterapéutico, a nadie sorprende demasiado el contenido de sus concepciones otrora repudiadas. Asimismo, la moral contemporánea ya no se escandaliza frente a la sexualidad, por el contrario, lejos de reprimir el goce sexual, como en la sociedad vienesa de fines del siglo XIX, lo promueve sin barreras.

Sin embargo, el psicoanálisis no deja de levantar controversias. Los cuestionamientos se concentran ahora, y con mayor énfasis desde la última década, en la dimensión de la eficacia de su práctica. Paradójicamente, vuelve a estar sobre el tapete lo que constituyó –tras el denodado esfuerzo freudiano– la fortaleza de sus orígenes, justamente en la materia donde fracasaba la psiquiatría y la neurología.

De manera que la pregunta por la eficacia terapéutica del psicoanálisis no siendo una preocupación actual sino histórica reviste nuevamente gran actualidad. No obstante, no se trata de la misma interrogante. En la época de Freud y en los orígenes de la disciplina estaba propiamente ligada a la validación científica del método analítico en el contexto de su invención. Ahora está relacionada al factor económico de la salud colectiva, esto es, mayor eficacia al menor costo.

En efecto, en la actualidad la discusión sobre la validez del psicoanálisis se ha desplazado fuertemente hacia el terreno de la valoración de los resultados terapéuticos y la puesta en cuestión respecto del carácter objetivo de la determinación de esos resultados. El debate se ha centrado en la competencia de la cura como principal argumento de validación o refutación de la disciplina psicoanalítica. Se ha localizado en la verificación de lo objetivo y de lo “útil” de la actividad realizada por el psicoanalista, en consonancia con los paradigmas de la utilidad del conocimiento propios de la ciencia moderna.

El cuestionamiento de los resultados sin ser nuevo cobra nueva fuerza en el marco de las exigencias de eficacia que se han venido planteando desde los ámbitos de la salud mental en los últimos años, que establecen como válidos aquellos tratamientos que responden a los parámetros de la ciencia experimental, es decir cuyos resultados pueden comprobarse empíricamente.

Hoy el término eficacia compromete al psicoanálisis con uno de los principales imperativos de la época, una época en la cual lo que no tenga eficacia, -una eficacia medible y protocolizable-, no tiene lugar (Laurent, 2000). ¿Puede la práctica

psicoanalítica permanecer por fuera de esa exigencia pragmática? De lo contrario, ¿cómo demostrar su eficacia sin someterse al ideal cuantificador? Se reactiva de este modo un debate –como ya se ha señalado- frecuentemente eludido en los ámbitos psicoanalíticos, bajo la equívoca idea de que la sustracción de todo furor de curar deja al psicoanálisis exento de compromiso terapéutico. Nada más lejos de eso.

Si bien Freud advierte contra una ideología estrictamente terapéutica de su disciplina y manifiesta de manera categórica “sólo quiero estar seguro de que la terapia no llegue a destruir la ciencia” (Freud, S., 1926b, p. 2956), rechazando toda subordinación de la segunda a la primera, esto no significa que se trate –inversamente- de renunciar a la dimensión terapéutica. Cabe señalar que con esta afirmación (frecuentemente citada para dar fundamento al desprecio terapéutico), en el momento y contexto en que la formula, Freud está defendiendo la autonomía del psicoanálisis respecto de la medicina, para evitar que acabe siendo considerado una rama especializada de la misma. De modo tal, argumenta que aspirar solamente –y es preciso acentuar la expresión solamente- a su aplicación en el campo de la curación de enfermos, significaría una reducción irreparable para la disciplina misma.

El deseo de Freud se va instalando cada vez más del lado de la investigación y al proponer el psicoanálisis como un método de investigación responde a la intención de asegurarle un lugar a su invención en el contexto científico de su tiempo, más allá de los alcances de su eficacia terapéutica.

Cierto es también que las aplicaciones no terapéuticas del psicoanálisis es la dirección en la cual se fueron inclinando sus preferencias personales, sobre todo en los últimos años de su vida. Pero no por ello le resta valor a la dimensión terapéutica de la práctica analítica, aunque la va a situar con mayor cautela que en los inicios. Dice al respecto en 1932:

Me pesaría que creyeran que mi propósito fue disminuir su respeto por el psicoanálisis como terapia [...] Les dije que el psicoanálisis se inició como una terapia, pero no quise recomendarlo al interés de ustedes en calidad de tal, sino por su contenido de verdad, por las informaciones que nos brinda sobre lo que toca más de cerca al hombre: su propio ser; también, por los nexos que descubre entre los más diferentes quehaceres humanos. Como terapia es una entre muchas, sin duda *primus inter pares*. Si no tuviera valor terapéutico, tampoco habría sido descubierta en los enfermos mismos ni desarrollado durante más de treinta años (Freud, S., 1933, p. 145).

No es la primera vez que el psicoanálisis se encuentra afectado por los ideales de su época, cada vez que un ideal toma fuerza de universal, -normalidad, felicidad, progreso, salud, eficacia, etc.-, pone al psicoanálisis en riesgo de desvíos. En efecto, los analistas no son ajenos a la seducción del Ideal. Freud da testimonio de ello en la crítica a sus contemporáneos. Sostiene en *Análisis terminable e interminable* que en los intentos de sus colegas de abreviar la duración del análisis, se hallaban latentes los ideales de la ciencia médica concibiendo la neurosis según el modelo de las heridas propio de esa disciplina, a las que habría que curar lo más rápidamente posible. Otto Rank es un ejemplo de tal precipitación al postular que tratando de manera directa el trauma del nacimiento la neurosis quedaría completamente resuelta (Freud, S., 1937a). Pero como los ideales de la ciencia no son ajenos a los de su propio tiempo, Freud precisa:

Por lo demás, el intento de Rank era hijo de su época: fue concebido bajo el influjo de la oposición entre la miseria europea de posguerra y la «prosperity» norteamericana, y estaba destinado a acompasar el tempo de la terapia analítica a la prisa de la vida norteamericana. [...] Hoy, la teoría y la práctica del intento de Rank pertenecen al pasado... no menos que la propia «prosperity» norteamericana (Freud, S., 1937a, p. 220).

No obstante Freud se precipita en su afirmación, lejos de pertenecer al pasado, la tremenda expansión del discurso del capitalismo sostiene la vigencia de los ideales de prosperidad como fundamento de todas las prácticas de mercado. Las objeciones a la eficacia del psicoanálisis deben ser leídas por lo tanto –al margen de toda ingenuidad- bajo la incidencia de este discurso en el lazo social actual.

No hay inocencia en los cuestionamientos al psicoanálisis

No hay saber inocente. Todo campo de conocimiento, como toda práctica clínica, está lejos de ser autónomo respecto del contexto social en que se inscribe. Cada dominio disciplinar –teórico o técnico- está atravesado por determinaciones institucionales, sociales, políticas que son irreductibles a la disciplina misma y que oscurecen cualquier pretensión de mantenerla idealmente purificada. A menudo tales determinaciones, que tienen un carácter causal a la doctrina, permanecen excluidas del interior de su corpus teórico, ajenas a toda vía de transmisión o divulgación y lejos del reconocimiento de sus más fervientes exponentes. Se soslayan interacciones con escuelas de pensamiento que han ejercido influencia sobre sus principales autores, se suprime la incidencia del contexto histórico de producción del conocimiento y de las relaciones siempre de tensión recíproca en el interior del campo científico. Elementos estos fundamentales para la cabal comprensión de una disciplina y de sus alcances.

No es el caso del psicoanálisis. La obra de Freud, como la enseñanza de Lacan, contienen en su recorrido las huellas profundas de sus articulaciones científico-filosóficas y de sus convulsiones históricas. Teoría y política del psicoanálisis pueden leerse de manera entrelazada, como un resultado de la mutua afectación. Lejos de postularse como una entidad teórica y metodológica unificada, autónoma de toda incidencia científica, social o política, se reconoce en un movimiento complejo y disímil, fuertemente condicionado desde su origen por las vicisitudes de sus instituciones, por los modos de implantación de la teoría en el contexto de cada región y en cada momento histórico en particular. Las condiciones de recepción de las ideas psicoanalíticas en los distintos países han operado una innegable adaptación de las mismas a las problemáticas y a las tradiciones de pensamiento locales¹¹. Así, a lo largo de su joven vida disciplinar ha sufrido múltiples divisiones institucionales y significativas transformaciones doctrinarias, a partir de lo cual ha devenido en corrientes o escuelas diversas, con importantes diferencias teóricas y fuertes discrepancias políticas entre sus seguidores.

Curiosamente, las controversias de mayor resonancia en la actualidad lo abordan como una unidad totalizante, sin distinción de los movimientos que

¹¹ Ejemplo de una modificación radical de los ideales, la teoría y la práctica del psicoanálisis, es la que acontece con la emigración masiva de psicoanalistas al continente americano a partir de la segunda guerra mundial. Véase al respecto el capítulo “Freud murió en Norteamérica” del libro de Elizabeth Roudinesco *¿Por qué el psicoanálisis?*, Editorial Paidós, Bs. As., 2000, pp. 64-83.

fragmentan el “universo” analítico y soslayando las sustanciales diferencias que constituyen a la disciplina misma. No se trata de una omisión ingenua. Al tratarlo como un campo unificado de teorías y prácticas se lo impugna también en forma generalizada, afectando todos los frentes, sin distinción¹².

Si desde su surgimiento hasta la actualidad, el psicoanálisis ha sido objeto de las más diversas observaciones de carácter lógico, ético, histórico o político, es menester subrayar que tales observaciones, -aun cuando provengan de las investigaciones más meticulosas- tampoco están exentas de ser atravesadas por las determinaciones ideológicas del contexto que pretenden dilucidar. Y que, aun cuando se postulen en el marco de la mayor pureza científica, epistemológica, o libres de toda tendencia posible, representan a importantes intereses en juego en el concierto de la época.

De manera que, no hay inocencia posible en los cuestionamientos al psicoanálisis. En el campo psicoanalítico, como en todo campo de conocimiento, es inútil distinguir entre las determinaciones propiamente científicas y las determinaciones propiamente sociales de las prácticas. La lucha por la legitimidad científica es inseparablemente política y científica (Bourdieu, 1999). No obstante aquí tal distinción resulta relevante, a la vez que ineludible, para situar el suelo de determinación que ha dado lugar a la emergencia en el espacio público contemporáneo de los cuestionamientos a la disciplina psicoanalítica hoy vigentes.

El contexto histórico-político de los debates actuales

En los últimos diez años un fuerte debate ha atravesado al psicoanálisis con virulencia, en un tono francamente adverso. Se trata de un debate con gran impacto mediático cuyo estilo muchos analistas han considerado de oprobio malintencionado¹³ y que ha generado importantes aunque disímiles repercusiones dentro del movimiento psicoanalítico. Esta situación, manifestada especialmente en Francia, se ha hecho extensiva también a otros países de Europa y América del Sur donde la disciplina ha gozado de una cómoda expansión. ¿Cuál es su carácter y procedencia?

Resulta una paradoja que se trate del país donde no solo la invención freudiana fue defendida por Lacan, sino donde -a partir de él- la doctrina analítica conoció avances tan notorios. Pero, efectivamente, el foco ígneo de una sucesión de hechos controversiales surge en Francia a comienzos de la década pasada.

En el año 2003, y con la finalidad de proteger a la población francesa de ser víctima de posibles pseudo-profesionales inescrupulosos, se presenta en la Asamblea Nacional una enmienda a la ley de Salud Pública con la finalidad de regular el ejercicio de las psicoterapias, iniciativa que estuvo a cargo del diputado conservador Bernard Accoyer. Esta normativa de ser aprobada dejaría los tratamientos psicoterapéuticos de manera excluyente en manos de aquellos, -psiquiatras o psicólogos clínicos-, que habiendo pasado por las filas universitarias ostenten el título habilitante para tal fin. Este intento de regulación de la prescripción y conducción de las terapias psicológicas incluía en una primera instancia a los

¹² El resonado *Libro negro del psicoanálisis* (Meyer, C. y otros, 2007, Buenos Aires: Sudamericana) constituye ejemplo de ello: en los duros ataques que le dirige no discrimina entre lacanianos, pertenecientes a la IPA, etc.

¹³ Jaques-Alain Miller lo atribuyó a una estrategia de desprestigio y repudio y encabezó, como contrapartida, un movimiento de respuesta y a la vez de defensa del psicoanálisis en Francia.

psicoanalistas, poniendo en cuestión la legitimidad de las distintas escuelas para garantizar la formación de miembros capaces de asegurar una buena praxis¹⁴.

De manera concomitante, el Ministerio de Salud lanza un "Plan de acción para el desarrollo de la Psiquiatría y la Promoción de la Salud Mental", cuyo propósito es organizar la oferta de tratamientos en dicha área, es decir pautar las prestaciones de salud mental para justificar un uso eficaz de los recursos. La evaluación de las prácticas y el peritaje se constituyen en las principales herramientas del control de esa eficacia.

Asimismo, en febrero de 2004 un informe del Instituto Nacional de Salud y de Investigación Científica (INSERM) respecto de la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, coloca a las terapias cognitivo-comportamentales como las más aptas para liberar a los pacientes de su sufrimiento de la manera más efectiva y a más corto plazo, lo que redundará a su vez en beneficios de orden económico por la consecuente reducción de costos que supone (INSERM, 2004)

En tanto, la publicación en el año 2005 de la edición francesa de *El Libro negro del psicoanálisis* (Meyer, 2007), constituye otro aporte a la desacreditación pública de la disciplina. En un ataque frontal, con acusaciones graves aunque poco fundadas a sus conceptos, a sus métodos, y a sus principales exponentes, aporta más desconfianza aún sobre la legitimidad de la práctica psicoanalítica a la par que, en el sentido contrario, realza las formidables virtudes de las terapias cognitivo-comportamentales.

La conmoción e indignación desatada en los ámbitos psicoanalíticos franceses tuvo sus resonancias en otras latitudes. Las filiales de escuelas internacionales y los medios de comunicación locales no tardaron en hacerse eco de sus repercusiones. Tal es el caso de los artículos periodísticos aparecidos en Argentina, a saber: "¿Cómo regular el psicoanálisis?" (Pavón, 2004) y "Una polémica que llegó al consultorio" (Brodsky, 2004) ambos de la Revista Ñ, "Fuego contra el diván" (Febbro, 2005) del periódico Página 12, "Sigmund Freud: juicio al diván" (De Biase, 2006) del diario La Nación, entre otros varios. En ellos se exponen tanto los argumentos del supuesto descrédito del psicoanálisis a nivel internacional y su impacto en el contexto nacional, como asimismo las respuestas que desde las filas del psicoanálisis no tardaron en hacerse oír.

Por su parte, la aparición en la escena pública de este conjunto de factores vino a interpelar de manera brusca el lugar de la práctica analítica no solamente en Francia, un lugar cuya situación de comienzo de siglo se percibía desde la interna de la propia comunidad psicoanalítica como de impostergable revisión. En tal sentido, es interesante mencionar el encuentro que fue denominado *Los Estados Generales del Psicoanálisis* y realizado en Francia en el año 2000, en tanto da una idea del aire de la época respecto de la situación a la interna de la disciplina. Reuniendo a más de mil doscientos psicoanalistas de treinta y cuatro países se constituyó en una convocatoria política –pero independiente de cualquier filiación institucional- a la reflexión colectiva acerca de las condiciones de la práctica psicoanalítica en el mundo, de la realidad de sus instituciones, de su relación con lo social, con otras disciplinas (filosofía, neurociencias, derecho, etc.) y de su incidencia científica actual.

La organización del referido encuentro representa una respuesta de los psicoanalistas frente a la innegable crisis de la disciplina relacionada con la definición de su especificidad en el mundo del siglo XXI (Major, 2005). Para los analistas aquí reunidos son las condiciones de la época las que favorecen la crisis

¹⁴ Ver al respecto del texto de la citada enmienda: *Politique de Santé publique. Amendement présenté par M. Bernard Accoyer, député*, en: http://psicomundo.com/foros/psa_estado/ammendement.htm

del psicoanálisis: un saber psiquiátrico diluido en fundamentos neurobiológicos, anclado en clasificaciones cognitivistas y comportamentales y reducido a la administración de psicofármacos; un fuerte avance de las psicoterapias que en su multiplicidad se avienen hábilmente a las trasformaciones de la sociedad occidental preocupada por el éxito individual y el desarrollo personal, en detrimento del histórico compromiso social y político de las clases medias; y de un sujeto que habiendo conquistado cada vez más libertades parece no saber qué hacer con ellas y preferir una vida depresiva que interrogarse a sí mismo.

Pero a la vez, los mismos psicoanalistas objetan las propias formas institucionales del psicoanálisis que han caído en una especie de *fuera del tiempo*, impasibles a las mayores evoluciones de la sociedad durante estos últimos veinte años y se han ido desacreditando paulatinamente debido a su tendencia al dogmatismo¹⁵. De manera que la afrenta contra el psicoanálisis va a tener una consecuencia interesante sobre la disciplina misma, en la medida que exige a los analistas poner sus relojes en hora con el horizonte de la época.

La incidencia de la coyuntura científica

El pregonado demérito del psicoanálisis es concomitante a las transformaciones sucedidas en la clínica psiquiátrica a partir del desarrollo de la psicofarmacología y del avance de las neurociencias.

En el origen de la clínica psiquiátrica clásica, con Pinel como su principal exponente, las perturbaciones psicopatológicas se consideraron como una particular variedad de las perturbaciones somáticas, una afección de las funciones superiores del sistema nervioso “sin inflamación o lesión de estructura” (Bercherie, 1986, p. 17). El proyecto clínico clásico estaba basado en un modelo nosográfico, esto es, la observación morfológica, la exquisita descripción formal y la consecuente clasificación de las alteraciones psicopatológicas. Y se caracterizaba, además, por una marcada indiferencia terapéutica. Posteriormente, la psiquiatría dinámica, heredera de Charcot, asocia el modelo nosográfico al modelo psicoterapéutico otorgando la palabra al enfermo mental y localizando en el vínculo con el médico un importante principio de curación (Roudinesco, 2000).

Asistimos en las últimas décadas al paulatino fracaso o falta de éxito del proyecto clínico de la psiquiatría. Según Bercherie “el resultado conjunto de los impasse de la clínica, de la urgencia doctrinaria y de las perspectivas del pragmatismo terapéutico, es hacer desaparecer lentamente la clínica, su espíritu primero, su contenido luego” (1986, p. 213)

Por su parte, al desinterés terapéutico de la psiquiatría al momento del surgimiento del psicoanálisis se opone la “formidable cultura de la ilusión terapéutica” (Roudinesco, 2005, p. 28) contemporánea, con nefastos resultados sobre el saber psiquiátrico que peligra en terminar “aniquilado por la psicofarmacología” (Roudinesco, 2000, p. 40). El exorbitante desarrollo de los psicofármacos favorece la sustitución de la nosografía por los manuales de clasificación de las conductas, y de los tratamientos dinámicos por la supresión de los síntomas vía la prescripción de medicamentos, más rápida más eficaz. Esto

¹⁵ Véase al respecto Roudinesco, E. “Crítica de las instituciones psicoanalíticas” en *¿Por qué el psicoanálisis?... op. cit.* y Schmidtbauer Rocha, P., “Instituciones psicoanalíticas: La política del avestruz?” en *Estados generales del Psicoanálisis, op. cit.*

conduce al retorno de la psiquiatría al campo de la medicina bio-fisiológica, que reduce el padecimiento humano a un problema de secreciones neuroquímicas.

A su vez –y paradójicamente- favorece una explosión de corrientes de psicoterapia, muchas de ellas sin rigor teórico ni metodológico, que adaptan soluciones a las demandas de bienestar del paciente contemporáneo (Roudinesco, 2000, p. 43).

En tanto, a pesar del tremendo auge de sus descubrimientos, las neurociencias carecen de programa clínico, razón por la cual se articulan con las orientaciones comportamentales de la psicología, las que a su vez se pagaron una nueva juventud vistiéndose de cognitivistas (Miller, 2005). El resultado de este combo terapéutico es una alianza clínica, pero a la vez económica y política.

La extraordinaria conjunción producida entre la clasificación de los malestares en trastornos, la prescripción del psicofármaco correspondiente y los procedimientos de entrenamiento y reeducación del sujeto, compone el modo en el que en la civilización contemporánea se concibe el padecimiento psíquico y se propone remediarlo. Conforman el orden de prácticas de lo mental internacionalmente avaladas, cuyos procedimientos se autorizan con los argumentos del universo científico-tecnológico y cuyos resultados se validan con sus medios de comprobación.

En este mapa disciplinar el psicoanálisis, aunque internamente se proclame con cierta atopía del campo de la salud mental, queda ubicado en la serie de las psicoterapias, en franca competencia con las terapéuticas actuales, sobre todo a nivel de los sistemas de salud. De modo que ya no es posible desconocer su notoria proliferación.

Desde la orientación lacaniana –por cierto- se viene fustigando el modelo de lenguaje de las terapias cognitivo-comportamentales. Se lo equipara al manual de uso de un aparato (Miller, 2005), con instrucciones descriptivas, precisas y unívocas, que desconoce en el sujeto el inconciente y su valor de causa. Se le cuestiona que trate al síntoma como un desorden y mediante prácticas de adiestramiento, pretenda restituirlo a la funcionalidad de un orden que excluye toda singularidad subjetiva. Se denuncia –en definitiva- el ejercicio de poder, de control social y de sujetamiento al orden establecido, que subyace a las terapias cognitivo-comportamentales, verdaderas prácticas de disciplinamiento.

No obstante, este modelo, es curioso decirlo, ha devenido producto de la extrema estandarización de la práctica psicoanalítica en EE.UU. Como menciona Assoun (1998) ciertas lecturas realizadas por otrora analistas han dado surgimiento a los preceptos de las terapias cognitivo-comportamentales, en un afán de traducir las elaboraciones freudianas a un lenguaje científico-experimental. Lo cual pone en evidencia que –paradójicamente- la relación entre las terapias cognitivo-comportamentales y ciertas corrientes americanas del psicoanálisis no ha sido siempre de oposición, y que entre unas y otras la incompatibilidad no sería absoluta. De hecho Aaron Beck, fundador de la línea cognitivo-comportamental, perteneció previamente a las filas del psicoanálisis.

El mercado de lo mental y las críticas a la eficacia

La coyuntura sanitaria de la que –en tanto tratamiento del padecimiento subjetivo- participa el psicoanálisis, viene siendo asediada desde hace algunos años por la ideología de la evaluación y el marketing de la salud. En este contexto, uno de

los principales argumentos de la ofensiva que apunta a descalificar la utilidad terapéutica del psicoanálisis pone el acento en el problema de la objetivación de los resultados de la práctica analítica. Ante ese Otro de la evaluación, la competencia de los analistas como profesionales, la legitimidad institucional y estatal de sus dispositivos, se limita al éxito o fracaso en este nivel.

Inspirado en el pragmatismo y utilitarismo del paradigma de la medicina basada en la evidencia, de influencia anglosajona y quebequés, el uso pragmático se ha constituido en el precepto dominante de la clínica contemporánea, de cuya eficacia es preciso obtener evidencia objetiva. El alcance de este ideal no se limita a las prácticas clínicas, tiene derivaciones epistemológicas sobre las disciplinas mismas, por cuanto la eficacia de un procedimiento o de una acción sería lo que determina los criterios de verdad del saber que se halla en juego. Justamente, el pragmatismo define el conocimiento verdadero como aquel que resulta beneficioso, es decir, como una creencia útil. Así un significado que no tenga utilidad práctica carece de sentido (Peirce, 1988). De manera que una idea es útil porque es verdadera y a la vez es verdadera porque es útil, esto es, cuyo resultado práctico puede verificarse. Se delinea así la noción de uso como el principal valor del conocimiento científico para la época.

Brodsky (2004) sostiene que el campo de la salud mental se halla atravesado, en efecto, por la aplicación ciega -en un ámbito para el cual no fue concebido- del paradigma de la medicina basada en la evidencia, cuyo surgimiento en la segunda mitad de la década de los 90 se corresponde con el momento en que se inician los estudios sobre la eficacia a nivel global. Señala la autora al respecto del referido paradigma:

La medicina basada en la evidencia tiene como objetivo sustituir la evaluación clínica como criterio para ofrecer un determinado tratamiento, y favorecer de este modo que la toma de decisiones para atender a un paciente esté basada en el uso consciente, explícito y sensato de la mejor evidencia disponible. El argumento más fuerte a favor de la medicina basada en la evidencia es que permitiría identificar los métodos de asistencia mejor evaluados y facilitaría a los pacientes y a los médicos poder tomar decisiones mucho mejor informadas (Brodsky, 2006).

No obstante, bajo el legítimo argumento de mejorar la calidad de la asistencia, el interés más genuino de este cambio de paradigma se asienta en consideraciones financieras de mercado. En efecto, el enfoque liberal de las actuales tendencias de administración y planificación en salud mental somete a la clínica en general a un criterio de rentabilidad (Roudinesco, 2000), cuyo principal objetivo consiste en reducir los costos de financiamiento de los tratamientos sanitarios (Roudinesco, 2005). De modo que el nuevo paradigma aporta las pruebas objetivas que permiten escoger, dentro de la cada vez más amplia gama de tratamientos posibles, la opción que ofrezca la menor inversión por mejores resultados. Para ello, una fuerte ideología de la evaluación impone los métodos probatorios de la ciencia experimental a los estudios de la relación costo-beneficio y establece como válidas aquellas terapias que mejor se avienen a la demanda de ese "Otro -al decir de J.A. Miller (2005)- burocrático y financiero".

Las prácticas "psi" no escaparían a este nuevo ejercicio de control social puesto en marcha bajo el justificativo de regular y distribuir mejor los presupuestos sanitarios, cuyo instrumento privilegiado son los protocolos de aplicación y evaluación (Gorostiza, s/f). En efecto, en las últimas décadas las prestaciones en salud mental se han constituido en un importante factor económico en los sistemas

de salud, dando lugar a una mercantilización de lo mental (Miller, 2005). Este ideal que se podría condensar bajo la denominación de *eficacia basada en la evidencia*, se impone también a todos los procedimientos psiquiátricos y psicoterapéuticos sin exclusión exigiendo que sean más rápidos, menos costosos, de duración y final predecible, y que sus resultados puedan verificarse empíricamente.

En función de ello, el desarrollo de las terapias cognitivo-comportamentales ha sido alentado en EE.UU. y Europa por la burocracia estatal y de los seguros de salud (Miller, 2005) con una fuerza inusitada, por cuanto sus tratamientos a corto plazo, orientados hacia metas y basados en la evidencia, ofrecen pruebas suficientes de la mayor efectividad y fiabilidad (Capuzzi, 2002).

Así, en la disputa de un lugar de preferencia en este mercado de lo mental, el psicoanálisis estaría perdiendo terreno por su comparativa ineficacia terapéutica. Efectivamente la práctica analítica no saldría bien parada en los estudios de la relación costo-beneficio, puesto que -desde esta perspectiva- carece de una eficacia comprobable, sus plazos de tratamiento son extensos y su inversión económica excesiva.

La ideología de la evaluación se instala entonces en este contexto como un factor fundamental de legitimación de las prácticas, resultado de la alianza creada entre una ciencia que cuantifica al sujeto y el mercado que aspira a las ganancias (Milner, 2006). Y pone al psicoanálisis, o al menos a aquellos analistas que desean tener una inserción en el sistema de salud, en un verdadero dilema.

Ahora bien, la cuestión de la evaluación de la eficacia está ligada a la definición misma del estatuto de la curación en psicoanálisis y a la dificultad que conlleva, a diferencia de la curación para la medicina científica. Para ésta última la eficacia deviene de la rápida eliminación del padecimiento a partir de un patrón lineal de práctica: identificación de signos y síntomas, determinación del diagnóstico y aplicación de un tratamiento estándar. Esto es: a iguales diagnósticos, igual tratamiento y como consecuencia iguales resultados. La utilización generalizada de protocolos en la clínica médica se asienta en esa premisa.

Para la práctica psicoanalítica, en cambio, la valoración de la eficacia se torna por demás compleja. Como se ha trabajado anteriormente en el Apartado IV.1., es preciso distinguir los efectos terapéuticos de los efectos analíticos, de los cuales dependen. Asimismo, es posible aludir a eficacia analítica sin que esta conlleve necesariamente a una eficacia terapéutica. Y a la vez es posible que haya efectos terapéuticos que no representen ninguna eficacia analítica. Es decir, que para el psicoanálisis puede haber eficacia sin curación y -a la vez- no transcurre al margen de ella. Bien por el contrario. Por su parte, si se sostiene que “la curación no es otra cosa más que la transformación existencial del sujeto” (Roudinesco, 2000, p. 41), se comprenderá entonces la dificultad de volver mensurables sus resultados.

No obstante, en la actualidad del contexto que se acaba de describir, ya no es posible sostener que los resultados del psicoanálisis no puedan ser valorados. Se trata por el contrario de exponer los efectos terapéuticos del psicoanálisis a la luz de la consideración pública. De hacer consistir su eficacia a través de los criterios epistemológicos que -siendo absolutamente específicos a la praxis analítica- permiten su investigación rigurosa, conservando la singularidad de su método y de su objeto. Un cometido de esta naturaleza no puede estar basado -obviamente- en instrumentos estadísticos ni experimentales, ni en un ideal regulador del sujeto.

IV.3. La posición de los psicoanalistas frente a la exigencia terapéutica

El que calla, otorga

Los analistas no han permanecido indolentes a los embates de la época. No podía haber sido de otro modo. El analista no es otra cosa que el representante en la sociedad contemporánea de la transferencia hacia el psicoanálisis, cuya existencia es anterior a toda entrada en análisis o, más radicalmente, es la que hace posible que haya demanda de tratamiento. Así como un análisis depende de la transferencia al analista, de la transferencia viva al psicoanálisis depende el porvenir del psicoanálisis mismo. Propiciarla y sostenerla concierne al psicoanalista.

“La enormidad de los prejuicios” de un sujeto respecto de la situación analítica y de lo que le espera en ese lugar -expresa Lacan en *La dirección de la cura y los principios de su poder*- se asientan “según la idea que la difusión cultural le ha permitido formarse del procedimiento y de la finalidad de la empresa” psicoanalítica (1958, p. 566).

En consecuencia, la eficacia social del dispositivo analítico estriba en la eficacia política del psicoanálisis y en el compromiso de los psicoanalistas en lo que podía denominarse *una política de la transferencia hacia el psicoanálisis*. “La política del psicoanálisis es ocuparse del síntoma, eso que no anda y se nos interpone en el camino, pues bajo su máscara se aloja el deseo” (Nieto, 2011). Pero asimismo, atañe a su política dar consistencia al discurso del analista en la civilización, salirle al cruce al síntoma allí donde se encuentre, tomando un lugar en el lazo social. Que el psicoanálisis se presente como una alternativa eficaz frente al sufrimiento, depende justamente del modo como se presenta –y, por qué no decir, como se oferta- entre otros discursos posibles de ocuparse de él.

Si bajo el acople del discurso capitalista con el de la ciencia rápidamente la noción de eficacia se torna sinónimo de la idea de utilidad, es justamente la pregunta para qué sirve el psicoanálisis la que viene a comandar el lugar social de la práctica analítica.

¿Cuál ha sido la respuesta de los psicoanalistas a las presiones de la época?
¿Qué incidencia han tenido en el posicionamiento social de la disciplina?

Las posiciones de menor resonancia en Latinoamérica, pero de fuerte impacto en la Europa anglosajona y fundamentalmente en EE. UU., son las respuestas más adaptativas al ideal pragmático y cientificista, en cuyo extremo puede ubicarse cierto proceso de “cognitivización” del psicoanálisis (Laurent, 2006a). Se trata de la búsqueda de una autorización en la ciencia de los principios siempre incómodos, siempre transitorios del psicoanálisis, bajo el fundamento de una doble suposición: por un lado, una suposición de transparencia del funcionamiento del cerebro y por otro la suposición de confiabilidad de las evaluaciones cuantitativas de las prácticas (Do Rego Barros, 2007). Esta tentativa de cientifización del psicoanálisis comporta enormes implicancias teórico-metodológicas pero fundamentalmente éticas y políticas para el estatuto mismo de la disciplina.

En el horizonte lacaniano, por su parte, dos tendencias se han hecho lugar tanto en las instituciones como en el debate público. Por un lado, una aguda autocrítica al escepticismo y a la indiferencia terapéutica que ha propiciado los reclamos de ineficacia que se le imputan al psicoanálisis; por otro, una notable acentuación de la dimensión terapéutica de la práctica analítica.

Interesa detenerse en estas dos posiciones por cuanto han tenido de fructíferas en el contexto psicoanalítico del Río de la Plata, un contexto durante largo tiempo aferrado a la abstención terapéutica anticipada por Freud y ratificada por Lacan.

¿Qué responsabilidad tiene usted en el mal que lo aqueja?

En ese silencio que es el privilegio de las verdades no discutidas, los psicoanalistas encuentran el refugio que los hace impermeables a todos los criterios que no sean los de una dinámica, de una tónica, de una economía que son incapaces de hacer valer fuera.

(Lacan J., Variantes de la cura tipo, 1955, p. 313).

Para esta posición, atribuir cierta pérdida de lugar social del psicoanálisis al exclusivo transcurso de los tiempos, implica renegar de la responsabilidad que en ello atañe a los analistas. Si hace a la ética del psicoanálisis conducir al sujeto a implicarse en su síntoma y responsabilizarse de su goce, los analistas no pueden situarse por fuera de ello. La responsabilidad que les cabe ha sido señalada –de un modo extremo- como sigue:

Vale decir, la medida en que a nuestro presente contribuimos con los modos elegidos de difusión de nuestro saber, las modalidades de ofrecimiento de nuestra práctica, las consignas empleadas en su transmisión, las formas adoptadas para el sostén de una imprescindible interlocución pública, y más internamente, las insignias infatuadas de nuestra jerga, las inflexiones codificadas de nuestra escritura, la soberbia desmentida de nuestra originaria marginalidad, en provecho de una arrogante autoafirmación y el inseguro prestigio de una apenas reconocida autoridad (Pujó, 2007, p. 22)

En esta misma línea, Ramirez Escobar (2007) considera que hay malestar social con el psicoanálisis y que este malestar con el psicoanálisis no puede coexistir con el bienestar de los psicoanalistas y de las instituciones, dentro de las cuales se autolegitiman. Asimismo se cuestiona si los analistas están a la altura de las transformaciones en la vida social y de los desarrollos de pensamiento que se derivan de la invasión de la tecnología en la vida privada durante las últimas décadas.

Los psicoanalistas, como no podría ser de otro modo, también son producto de los cambios en el discurso del amo en que están inmersos. El psicoanálisis propuesto para poner remedio a ciertas formas del sufrimiento humano, pertenece y está incluido en las condiciones mismas que le dan lugar. A menudo el analista habla de la cultura y del malestar que en ella impera como si no formara parte de la misma. En esta situación, “el psicoanalista persigue un imposible: observar desde afuera del campo, aprovechando una extraterritorialidad inexistente” (Ramirez Escobar, 2007, p. 128).

¿Cómo influye una posición tal en el modo de acoger la diversidad del síntoma y de comprender allí de qué goce se trata? He aquí el eje sobre el que se ubica la cuestión de la incidencia pública de la práctica del analista hoy.

Zuberman (2001), por su parte, afirma siguiendo a Lacan que si es verdad que el mensaje vuelve invertido desde el lugar del Otro, no es menos cierto que quien escucha determina el discurso. De manera que el destino de un síntoma que perturba a un sujeto, y en consecuencia el destino del propio sujeto, no será el mismo si lo escucha un sacerdote, un médico, un manasista o un analista. Un psicoanálisis es la cura dirigida por un analista dispuesto a escuchar a quien se dispone a exponer o a hablar de aquello que lo oprime. ¿Pero dispuesto a escuchar para intervenir de qué modo, forzando las nuevas formas del síntoma en las categorías de un saber que llama a ser sacralizado, o desde un saber puesto a trabajar a partir de las preguntas que causan tanto quienes consultan, como las condiciones del tiempo que le toca vivir? Dice Zuberman:

Nuestra tarea no es protestar porque los consultantes no se adapten al grafo completo, sino descubrir las eficacias del psicoanálisis sobre los efectos del discurso capitalista. Leer en los tres discursos como enseña Lacan, RSI, abre la posibilidad de ver en la escena, tanto lo que se muestra como lo que se dice. En estas latitudes hemos desarrollado mucho desde esta perspectiva desde que hubo osados que abrieron la posibilidad de que analistas escuchen en el hospital público a cuadros que no son ni el síntoma neurótico ni el delirio psicótico. Esto implica un psicoanalista que puede situarse sembrando el a. El discurso capitalista corta las relaciones del sujeto con el a, está imposibilitado de producir a quien se sitúa justamente haciendo semblante de a. Es lo que explica que tanto paper y tanta erudición lacaniana no deje lugar a que haya psicoanalistas en las dominancias del neoliberalismo (Zuberman, 2001, p. 5).

Lo que postula entonces esta posición es que el psicoanálisis hoy tiene que asumir la responsabilidad que le cabe, intentando dar respuesta a los síntomas y a las modalidades de goce contemporáneas. De manera que el psicoanalista no puede desentenderse de la eficacia de su práctica cotidiana en el consultorio –es decir, a nivel del psicoanálisis en intención- ni de la eficacia de su discurso más allá de esos límites, en el psicoanálisis en extensión (Arribas, Domb, & Zuberman, 2008).

Esto conlleva a mantener una presencia en el mercado, en un mercado tan variado y creciente como el de la Salud Mental. Pero bien, ¿cómo pueden ubicarse los analistas como estando a contrapelo del discurso del amo, sin quedar afuera del mundo que supone la hegemonía del mercado, en el cual lo que no está en él no existe? Una de las formas de ubicarse es precisamente no sustraerse de la cuestión de los efectos terapéuticos allí donde estos son requeridos: En la clínica, en el pedido de alivio de los pacientes, aunque ese pedido sea muchas veces “para nada idéntico, e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea” (Lacan, 1966, p. 91). Por el Estado, en aquellas prácticas analíticas que se desarrollan dentro del marco de la Salud pública y, más específicamente, de la Salud Mental. O aún, cuando adquieren la función de un bien de cambio en las empresas de medicina privadas (Lombardi, G., Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E. y Gurevicz, M., 2004).

Sin renunciar a la ética que le es propia, se trata de sostener en acto -en cada uno de esos ámbitos donde la eficacia es requerida- qué se puede esperar de un análisis. Porque cuando un sujeto consulta, el motor es su padecimiento. Entonces, ¿cabe esperar la cura de sus padecimientos? ¿En qué se diferencia de otras prácticas que se proponen como remedio al sufrimiento?

Es de destacar que muchos psicoanalistas durante los últimos veinte años han venido sosteniendo una inclusión en las políticas de salud, aún por la vía de

cierta marginalidad. Han sostenido experiencias institucionales donde se pusieron en función dispositivos para alojar al sujeto en su particularidad, dando lugar a la emergencia del inconsciente por la palabra. No obstante, es preciso decir que muchas veces se han preocupado más de exponer lo que no hace a la práctica analítica, que en hacer operar la eficacia real del psicoanálisis en el espacio público. Cierta abuso de una lógica de discriminación del psicoanálisis en relación al amplio campo de las psicoterapias, lo ha dejado en una especie de atopía de toda dimensión terapéutica. Lo que no ha sido sin consecuencias:

Cuando se agudiza la contradicción psicoanálisis/psicoterapia, se ubica nuestra práctica en un espacio etéreo e impreciso cuyo estatuto resulta extremadamente difícil de explicar al profano. Y que, por otra parte, parecería bastante lejos de suscitar su interés. ¿Cómo definir entonces nuestro accionar en relación al conjunto de las prácticas sociales? ¿Cómo ofertarlo a aquellos que asumen el coraje de solicitar una forma hétero¹⁶ de ayuda? ¿Se trata acaso de invitarlos a una experiencia iniciática? ¿A un largo y oneroso proceso de revelación? (Pujó, 2007, p. 29).

Con frecuencia se olvida que la crítica que Lacan dirige a la orientación terapéutica debe ser considerada en el interior de una dialéctica que mantiene con la formación de analistas instalada en la IPA y que propulsa su consabido retorno a Freud. Además, sus alocuciones y pronunciamientos están dirigidos a analistas, puesto que, tal como él sostiene, “formar analistas ha sido, y sigue siendo, la meta de mi enseñanza” (Lacan, J., 1964, p. 238). Hoy no basta que los analistas hablen entre sí. La actualidad reclama una intervención decidida en las problemáticas y los debates ciudadanos, en lugar de abstenerse en una actitud de retirada expectante. Tal como sostiene Álvarez:

La única posibilidad de que el psicoanálisis subsista es que tenga alguna incidencia en la cultura y para ello no basta con el uno por uno de las curas que dirigimos, sino que el psicoanalista hable y se involucre en el problema de los lazos de la sociedad en que vive (Álvarez, 2005).

El ideal científico que pesa sobre el psicoanálisis exige que los analistas no ofrezcan resistencias a intervenir en los significantes amos de la época científicista y utilitaria, para hacer algo distinto de lo que ofrece el mercado a través de las neurociencias, la industria farmacológica y la terapización generalizada. Para ello es preciso salir del refugio de los análisis clásicos y de los consultorios (Torres, 2008). Salir, pero no de cualquier modo.

Velocidad terapéutica

He oído decir que existen analíticos que se vanaglorian de semejantes diagnósticos instantáneos y tratamientos rápidos, y debo precaver a todos contra tales ejemplos. Siguiéndolos, sólo conseguirá el médico desacreditarse y desacreditar nuestra causa, pues provocarán en los pacientes resistencias intensísimas, independientemente de que sus deducciones sean o no acertadas. O,

¹⁶ Hétero por oposición a autoayuda.

mejor dicho, las resistencias provocadas serán tanto más intensas cuanto mayor haya sido el acierto deductivo.

(Freud S., La iniciación del tratamiento, 1913b, p. 1672).

La elaboración en el ámbito de la Asociación Mundial de Psicoanálisis de la noción de “efectos terapéuticos rápidos”, ha sido sin duda una de las respuestas de mayor contundencia e ingenio a los argumentos científico-políticos que desde la última década sostienen que el psicoanálisis cura mal, tarde o nunca. Para esta posición, “una de las felices consecuencias” de la dura ofensiva que ha afectado la doctrina analítica consiste, justamente, en “haber sido obligados a prestar atención de modo más preciso a estos resultados que estaban a nuestro alcance”. Se refiere, obviamente, a los resultados terapéuticos, “ya que los psicoanalistas en su conjunto se han interesado bastante poco por las cuestiones de la evaluación terapéutica de sus casos” (Miller, J.A., D'Angelo, L., Fuentes, A., Garrido, C., Goya, A., Rueda, F., et al., 2005, p. 15). Así, el forzamiento de la coyuntura ha devenido finalmente propicio:

Nos ha mostrado con qué facilidad podemos recoger y elaborar en el marco de los conceptos lacanianos los hechos que responden a la mejoría terapéutica del paciente. Nos ha mostrado la eficacia del método e incluso su eficacia a muy corto plazo a contrapelo de las murmuraciones malintencionadas que pueden llegar a oídos de un público mal informado (Miller, J.A., et al., 2005, p. 16).

Explotando la encrucijada del momento histórico, se sale al ruedo con una propuesta de acentuación de aquello mismo que se le cuestiona como déficit: exaltando los efectos terapéuticos, a los cuales –además– se los adjetiva de “rápidos”. Diversas jornadas y publicaciones conforman el ámbito para el análisis de curas psicoanalíticas exitosas, de breve duración, llevadas a cabo en centros de tratamiento gratuito o a bajo costo; dispositivos asistenciales creados en el seno de sus instituciones justamente con finalidad pública. Se trata de argumentar el valor terapéutico del psicoanálisis, de demostrar la eficacia superior del método analítico sobre el resto de las psicoterapias y de una eficacia a corto plazo.

Basada en la concepción de Lacan que el análisis no puede ser infinito sino algo que debe terminar, la propuesta consiste en considerar que en un análisis hay ciclos que componen su recorrido y que un ciclo, aunque no progrese en un análisis a más largo plazo, puede considerarse en sí mismo como completo, como un “análisis reducido”, con su correspondiente final, el final consecuente del alivio obtenido. Un ciclo puede cerrarse habiendo producido efectos terapéuticos rápidos y dar lugar posteriormente al relanzamiento de un nuevo ciclo o constituirse definitivamente en un único proceso de tratamiento.

Ahora bien, ¿qué relación podría establecerse entre los efectos terapéuticos rápidos y el furor de curar?, ¿cuáles los riesgos de deslizamiento de esta especie de apuro terapéutico hacia el furor curandis? Si la reacción terapéutica negativa puede ser concebida como partenaire en la transferencia del empeño del analista, ¿cómo ubicar el empuje al efecto terapéutico rápido?

En la pugna por la eficacia, la clínica psicoanalítica actual requiere extraer consecuencias demostrables de su capacidad de afectación del pensamiento y del cuerpo por la palabra. Esto no representa en sí mismo un problema. Por cierto,

como lo reconocen los propios analizantes, la reducción del sufrimiento es sin duda uno de los efectos primeros y más constatables de la experiencia analítica. Pero ir en su búsqueda como objetivo a conseguir y lo más rápido posible, conlleva el riesgo de perseguirlos por la vía sugestiva, en vez de constatar su emergencia por vía analítica. Hacerlo, no solo podría ir en contra de la misma eficacia terapéutica, reduciéndola, sino que haría obstáculo al progreso de la cura analítica, y con ello, al logro de la eficacia que le es más propia y que solo un análisis puede ofrecer.

Por otra parte, si la eficacia del psicoanálisis sólo es concebida como el cambio de posición subjetiva en el fantasma fundamental de un sujeto neurótico, sin duda, esa es la eficacia que deviene de un fin de análisis. Entonces, ¿cuál es la eficacia del psicoanálisis en aquellos casos que no han arribado a un fin?, ¿se puede hablar de eficacia solamente en términos de apaciguamiento del síntoma? En este sentido, la consideración del estatuto de los efectos terapéuticos, en intervenciones analíticas de plazos acotados, tiene la virtud de exponer que hay una eficacia del psicoanálisis que no se reduce al fin de análisis, ni a la formación de analistas, lo que resulta en una afortunada extensión de la utilidad pública de su praxis.

Sin embargo cabe interrogar si este repentino interés por la terapéutica es un gesto espontáneo de este sector del movimiento psicoanalítico, si es el resultado de un giro conceptual intrínseco a sus instituciones, preocupadas por el futuro de una disciplina demasiado concentrada en la pureza de la producción de sus propios agentes. O si se trataría de un interés coyuntural, de una respuesta a la presión política del contexto y del momento histórico, que conduce a considerar la rapidez de sus efectos de curación para aspirar a un lugar de preferencia en la góndola de ofertas de los tratamientos actuales del sufrimiento subjetivo, que compiten por eficacia y rentabilidad en un mercado cada vez más amplio y variado. “Gracias a la presión política que hemos tenido –admite Miller en el libro *Efectos Terapéuticos Rápidos*–, nos hemos visto forzados a hacer surgir de nuestra práctica toda una dimensión que no percibíamos hasta ahora, la eficacia increíble de la práctica lacaniana” (Miller, J.A., et al., 2005, p. 91). No obstante, en el mismo texto, pocas páginas más adelante y en referencia justamente a los hechos extraídos de esa exacerbación terapéutica, el mismo autor expresa:

Los conocemos bien, estoy de acuerdo, vivimos dentro de eso y para nosotros un análisis será siempre algo de duración y estos hechos serán secundarios. Pero para nuestra protección y para protección del análisis verdadero, hay que poner más en evidencia estos hechos. Y no es solamente propaganda, sino que nos ayuda a entender mejor la cosa de la que se trata (Miller, J.A., et al., 2005, p. 94).

El reconocimiento de esta particular posición, por un lado hace ostensible la articulación entre clínica y política, siempre presente en la historia del psicoanálisis. Por otro, despierta algunos interrogantes: ¿Desde esta perspectiva, dar cuenta de *efectos terapéuticos rápidos* no sería un modo de quedar alineado con el paradigma de la inmediatez propio de la época, que no pocos efectos tiene sobre el sujeto? ¿No supondría una cierta forma de sometimiento al ideal terapéutico contemporáneo?

En consecuencia, demostrar la utilidad pública del psicoanálisis -dice Laurent (2006b)- de ninguna manera quiere decir correr a someterse al sueño cientificista y decir: ¡vienen a medir nuestra eficacia!, ¿cómo podemos demostrar que lo hacemos bien y que en unas pocas sesiones ya hemos solucionado todo en la vida de

alguien? Por el contrario, se trata de no perder de vista que todo eso es un semblante, es un significante Amo de esta civilización.

De manera que, aunque parezca ciertamente paradójico, es tan riesgoso para los psicoanalistas exceptuarse de todo ideal contemporáneo -si ello fuera acaso posible-, como autorizarse en él. Frente a cada nuevo reposicionamiento siempre necesario y nunca definitivo, es de extraordinaria vigencia recordar a Lacan en *Variantes de la Cura Tipo*, cuando expresa:

Todo reconocimiento del psicoanálisis, lo mismo como profesión que como ciencia, se propone únicamente ocultando un principio de extraterritorialidad ante el que el psicoanalista está en la imposibilidad tanto de renunciar a él como de no denegarlo: lo cual le obliga a colocar toda validación de sus problemas bajo el signo de la doble pertenencia, y a armarse con las posturas de inasible que tiene el Murciélago de la fábula (Lacan, J., 1955, p. 313).

CAPÍTULO V:

LAS INCIDENCIAS DE LA ÉPOCA SOBRE LA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA

Las condiciones de la época, esto es, la pregnancia con que los discursos de la ciencia y del capitalismo toman el lugar del amo, han venido trastocando la clínica, configurando el suelo en el que se inscribe el psicoanálisis. En efecto, hoy el analista tiene que operar sobre un sujeto cuyo sufrimiento resulta más resistente al dispositivo analítico, en un mercado psicoterapéutico cada vez más exacerbado que le disputa la eficacia y dando pruebas de utilidad bajo exigencias de medición y evaluación.

Es preciso ubicar la experiencia analítica en ese cambio del discurso del amo, lo que quiere decir no sólo que está inmersa en él, sino que también es producto de esa transformación, resulta determinada por ese mismo cambio, ante lo cual tiene que responder.

En virtud de ello, en este Capítulo se abordan las principales incidencias de la época sobre la clínica actual y su repercusión en la práctica psicoanalítica, a saber: a) la expansión del campo psicoterapéutico en tanto espectro de ofertas de felicidad, b) la infiltración del cientificismo con su exigencia evaluativa y de transparencia de las prácticas y c) los cambios en la subjetividad y en las nuevas formas del padecimiento por impacto del discurso capitalista en el lazo social y sus efectos sobre el estatuto del sujeto.

V.1. Psicoterapias, la eficacia como dominio

Pretendemos mostrar en qué la impotencia para sostener auténticamente una praxis, se reduce, como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder.

(Lacan, La dirección de la cura y los principios de su poder, 1958)

La expansión de las psicoterapias

En 1890 Freud delimitó el tratamiento psíquico como el tratamiento “ya sea de perturbaciones anímicas o corporales, con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre” (Freud, 1890, p. 115) y ubicó en la palabra el instrumento esencial del mismo, cuyo valor los médicos de formación científica no comenzaron a apreciar sino tardíamente. Por ese entonces, la moderna medicina alemana había logrado los mayores progresos como ciencia de sus últimos 50 años, justamente por exclusión de lo espiritual, restringiendo su interés a lo estrictamente corporal. Aceptaba los lazos entre lo anímico y lo orgánico, solo si se trataba de la acción del cuerpo sobre lo anímico, una dependencia que era posible comprobar experimentalmente. Así pues, que los filósofos se ocuparan de los sufrimientos del alma.

Desde esa época hasta la actualidad se ha producido la extraordinaria absorción del campo de abordajes del padecimiento subjetivo por parte de la medicina científica, propiciado por los desarrollos de la tecnociencia farmacológica. De manera que la ciencia reclama hoy la absoluta legitimidad sobre lo anímico dentro de su campo y fustiga toda modalidad de tratamiento que no se sujete a sus métodos tanto de intervención como de evaluación. Lejos ha quedado el desprecio por lo mental y su abandono a manos de la metafísica.

Paradójicamente el abanico de tratamientos para el alma se ha ampliado de un modo exponencial. La vida contemporánea está bombardeada por una multiplicidad de discursos y prácticas que, a pesar de su disparidad y antagonismo, reclaman todos igual título de validez psicoterapéutica. En efecto, en la búsqueda de la salud y del bienestar hoy resulta tan válido el uso de técnicas sugestivas de corte esotérico, como la aplicación de procedimientos sometidos a las más estrictas pruebas de laboratorio. Aunque en extremos en principio opuestos, programas de autoayuda o psicoterapias protocolizadas científicamente, hacen coexistir sus promesas de felicidad bajo el mismo cielo del mercado. No obstante, la multiplicación incesante de propuestas psicoterapéuticas da muestras, justamente, de una imposibilidad: se trata de una promesa como tal irrealizable.

Tanto Freud como Lacan desconfiaron de las orientaciones psicoterapéuticas en sí mismas. Pero su preocupación estaba lejos de centrarse en las técnicas de la new age o en las terapias de corte cognitivista, su desvelo consistía en discriminar el psicoanálisis de las modalidades que habiéndose inspirado y nutrido en la perspectiva analítica, se mantenían bajo cierta forma de semblante de él. Técnicas psicoterapéuticas cuyo anclaje teórico se reconoce precisamente como psicoanalítico, que escuchan el padecimiento y lo tratan por la palabra, pero en las que el recurso a la palabra se desliza de la interpretación a la indicación, al consejo o a la orientación, dejando paulatinamente fuera el concepto de inconsciente en favor del yo. En este desvelo por preservar lo más esencial de la experiencia analítica se encuentra –como es sabido– el fundamento de la áspera interlocución de Lacan con la IPA.

Hoy la asimilación del psicoanálisis a las psicoterapias supone la inclusión del psicoanálisis en un conglomerado extraño de abordajes, en serie con otras psicoterapias por la palabra, pero también por la conducta, por lo afectivo, por el condicionamiento neuronal, por el apoyo, por el arte, por el contacto con la naturaleza, por el cuerpo, etc., (Laurent, 2000). Se comprende pues la necesidad de captar las derivaciones de esta asimilación –y de la indiscriminación consecuente– a un conjunto de prácticas inconciliables con la analítica, cuya unidad supuesta radica en la errónea atribución del mismo ideal terapéutico.

En el contexto actual, bajo el dominio de la eficacia devenido de la alianza contemporánea entre el amo y el saber, se acentúa aún más la importancia explorar la distancia que puede haber entre las prácticas psicoterapéuticas, cual sea su procedencia, y la práctica psicoanalítica. Analizar, a la luz del psicoanálisis, qué diferencia una psicoterapia motivada por el furor de curar de un análisis motivado por el deseo de saber más allá de lo terapéutico. Y sostener esa diferencia como una cuestión que concierne al psicoanalista, en tanto, en la actualidad del debate científico y político, es fuerte la intención o bien de reabsorber al psicoanálisis en el orden social de las psicoterapias, o bien su descalificación terapéutica definitiva.

Que entre psicoterapias y psicoanálisis hay diferencias sustanciales constituye una afirmación tan indiscutible como obvia. El propósito de este recorrido no consiste en realizar un inventario de las mismas, sino de identificar las razones

para ubicar la radicalidad de la eficacia analítica por fuera de la serie psicoterapéutica y a contrapelo de toda práctica de gobierno del sujeto. Discriminar el psicoanálisis dentro de la enorme producción de saberes con función de dominio que componen actualmente el campo psicológico, cuya eficacia satisface más o menos solapadamente los requerimientos del discurso científico, las necesidades de las instancias estatales que implementan las políticas en salud y los intereses empresariales que se benefician de ello.

Invariantes psicoterapéuticas

Concomitante al retraimiento terapéutico del psicoanálisis, se precipitó a partir de los años 50 el surgimiento de diferentes psicoterapias con la aspiración de superarlo en términos de eficacia. En su desarrollo, teorización y práctica han hecho suyo el significante *terapéutico*, lo han promovido frente al Otro social “como lo propio de sus fines, en desmedro de lo que el psicoanálisis con sus medios podía producir” (Lombardi, G., Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E. y Gurevich, M., 2004, p. 267).

Tan vasto ha sido su desarrollo que hoy constituye una empresa teórica en sí misma abordarlas en su extensión o clasificación. Autoras como Roudinesco (2005) o Aflalo (2002), entre otros, han realizado valiosos aportes al respecto. No obstante, sin soslayar su abundancia y diversidad y considerando a la vez las características que le son propias y específicas a cada vertiente, interesa a los efectos del presente ensayo identificar –desde la perspectiva del psicoanálisis- aquellos fundamentos que comparten en carácter de invariantes comunes y que determinan su eficacia por oposición a los fundamentos de la eficacia analítica.

¿Cuál es su idea de sujeto y de síntoma? ¿Cómo situar la transferencia y cuál es el correlato de la posición del analista en estas terapéuticas? ¿Qué lugar le dan al goce? ¿Qué puede decir el psicoanálisis de aquello que sustenta su eficacia? A continuación se esbozan algunas respuestas cuya consideración no debe leerse solamente en su carácter clínico sino político.

Felicidad para todos, sin división

Un doble supuesto subyace a concepción de eficacia de las prácticas psicoterapéuticas, con independencia de su procedencia o escuela: Por una parte, operan -sin distinción- a partir de la idea de un sujeto unificado. Por otra, sustentan una oferta de felicidad concebida en términos de adaptación. Lo que varía -en cada caso- es el programa de adaptación que conduciría a la felicidad propuesta (Aflalo, 2002).

Una y otra cuestión se articulan y sustentan recíprocamente. Obturar la división del sujeto es la condición necesaria para la felicidad promovida por las psicoterapias. E inversamente esa felicidad, concebida como homeostasis, solo es posible a partir de desconocer la división subjetiva. Esta premisa, la de la unidad del hombre, constituye para Lacan uno de los desvíos de toda psicoterapia que trabaja con la palabra en sentido pleno, es decir, con una concepción ingenua del lenguaje que entroniza al yo, por oposición a la noción de significante que representa a la vez que divide al sujeto. Dice al respecto:

De todas maneras, el hombre no puede aspirar a ser íntegro (a la "personalidad total", otra premisa en que se desvía la psicoterapia moderna), desde el momento en que el juego de desplazamiento de condensación al que está destinado en el ejercicio de sus funciones marca su relación de sujeto con el significante (Lacan, J., 1958, p. 671).

En consecuencia, pretender la adaptación a los ideales de la naturaleza o de la cultura parte siempre de reabsorber la singularidad del sujeto efecto de la cadena significante, para dar lugar a un supuesto bien universal, común a todos sin excepción. Aquí las psicoterapias se distinguen radicalmente del psicoanálisis que, siendo receptivo de la demanda de felicidad que trae un sujeto a la consulta, -puesto que "lo que se nos demanda debemos llamarlo con una palabra simple, es la felicidad" (Lacan, J., 1959-1960, p. 348)-, se contrapone a la promesa de felicidad como procediendo del Otro. El psicoanálisis no prejuzga jamás sobre el bien del sujeto, no solo que no se le anticipa, en tanto que lo desconoce, sino que desconfía de él.

A partir de Freud se sabe que obturar la división del sujeto es imposible. Y que, en tanto el síntoma es indisociable del más allá del principio de placer, -ese placer paradójico que pone a sufrir y que Lacan llamó goce-, no hay cabida para otro bienestar que no se encuentre irremediablemente condicionado por la incidencia de la pulsión de muerte en la estructura misma del sujeto.

La uniformidad por el síntoma

La gran innovación freudiana, producida por la captura del sufrimiento subjetivo que la ciencia desechaba para transformarlo en síntoma analítico, vino a significar que -en adelante- el síntoma debía ser pensado en una doble dimensión. Por una parte, en su vertiente significativa, inteligible: el padecer porta un sentido para el sujeto, que está anudado a su historia singular y al Otro social. Por otra, en su vertiente opaca, de satisfacción de la pulsión. En cada síntoma esta doble dimensión, verdad y goce, componen la trama de un tejido que hace a lo más propio de la estructura psíquica.

Para aquellas prácticas fundadas en ideales de felicidad y de normalidad, en cambio, el estado de bienestar forma parte de la naturaleza humana, de modo que el padecimiento subjetivo carece de sentido y debe ser eliminado por su carácter patológico. A partir de una concepción de armonía del sujeto con el cuerpo, con los ideales de la época, con el Otro social, con los significantes amos reinantes, la distancia de los mismos es juzgada en términos de desviación de lo normal, siendo lo normal lo que obedece a la generalidad de la norma. La eficacia terapéutica consiste en la corrección de esa distancia y la restitución de la relación de conformidad del sujeto con el Otro, con el ideal y la norma.

En la actualidad, bajo el imperativo del discurso de la ciencia y con los desarrollos en neuro-psiquiatría, el síntoma toma el valor del disfuncionamiento, del trastorno homogéneo, clasificable, medicalizable. Para las terapéuticas contemporáneas, apoyadas en esta perspectiva, se trata de un problema a solucionar, una disfunción a corregir, lo más eficazmente posible, sin tener en cuenta la excepción que marca el síntoma para el sujeto que lo padece. De modo tal que, una vez corregido el problema, pueda volver a ser incluido en las leyes de lo universal, en una especie de homogeneización normalizadora de los individuos.

Paralelamente y en la misma línea uniformizante, la particularidad de la clínica contemporánea radica hoy en su carácter monosintomático, que se define por la agrupación de lo idéntico del padecimiento. Su fundamento está en el carácter social epidémico, que se evidencia en las formaciones sintomáticas actuales: ataques de pánico, anorexias, adicciones, etc. Semejante compulsión por lo idéntico da lugar a una consideración del síntoma a partir de aquello que unifica, en desprecio de aquello que del síntoma diferencia y singulariza a los sujetos. Así, la clínica del monosíntoma favorece una identidad constituida a partir de un diagnóstico común y en nombre de una homogeneidad imaginaria (Recalcati, 2004).

Por su parte, desde ciertos enfoques comunitarios en salud mental el síntoma sería el resultado de una traducción directa de los determinantes sociales como causa del padecimiento subjetivo, sin mediación de la producción del inconciente para cada caso. Así el malestar del sujeto es la consecuencia inmediata de sus condiciones materiales de vida, las que se le imponen aun a su pesar. La ilusión de transparencia social del síntoma excluye toda subjetivación para constituirse linealmente en síntoma social.

De manera que, en ambas situaciones, científica y socio-comunitaria, se desconoce el sujeto del inconciente, se lo des-responsabiliza del mal que lo aqueja y el síntoma pierde la potencialidad emancipatoria que tuvo desde los orígenes del psicoanálisis.

El síntoma psicoanalítico, en cambio, no es reductible a un simple trastorno a erradicar a cualquier precio, acorde a la lógica médica o a la política sanitaria. Bien por el contrario, se trata a punto de partida de la experiencia analítica de obtener un síntoma analítico, en vez de borrarlo rápidamente. Puesto que no todo malestar que motiva una consulta tiene a priori el valor de un síntoma, es preciso trabajar en la dirección de su formalización para que esa dificultad se constituya en un síntoma analizable, que conduzca a la verdad del sujeto, siempre única, siempre singular.

Poder sugestivo

Las psicoterapias convergen en utilizar la transferencia al servicio de la sugestión del paciente, se trate -expresa Lacan en el Seminario *El acto analítico*- del conjunto de las técnicas del cuerpo o, en el otro extremo, de la ayuda samaritana incluso en el ejercicio de cierta bondad. Dice allí:

"Terapia": cualquiera sabe la diversidad de modos y resonancias que esto evoca. El centro está dado por el término "sugestión"; es por lo menos el que se refiere a la acción, la acción de un ser al otro ejerciéndose por vías que ciertamente no pueden pretender haber recibido su plena definición (Lacan, 1967-1968).

El psicoanálisis surge y se funda como una práctica que, habiendo en su origen conocido el valor de la sugestión, se define por oposición a ella, es decir que rechaza a actuar desde el lugar del amo, a hacer uso de la transferencia en términos del ejercicio de un poder, como otras formas de psicoterapias.

En efecto, el empleo que el analista hace de la transferencia conlleva una dimensión ética, por la que puede diferenciar su praxis de las otras disciplinas que tratan el sufrimiento por la palabra. Se trata de la puesta en función del significante de la transferencia que contraviene a la sugestión. En tanto lo que se cuestiona aquí no es su poder terapéutico, cuya eficacia Freud constató aún en la precariedad de

los efectos obtenidos, sino el uso que las psicoterapias hacen del significante Amo y de la autoridad del terapeuta. Tal como expresa Lacan:

Psicoterapia se ha hecho siempre sin saber muy bien lo que se hacía, pero seguramente dando intervención a la función de la palabra. Se trata de saber si, en el análisis, la función de la palabra ejerce su acción por la sustitución del yo del sujeto por la autoridad del analista, o si es subjetiva. El orden instaurado por Freud prueba que la realidad axial del sujeto no está en su yo. Intervenir sustituyendo al yo del sujeto, como se sigue haciendo en cierta práctica del análisis de las resistencias, es sugestión, no es análisis (Lacan, J., 1954-1955, p. 72).

El carácter coercitivo de la sugestión, presente en aquellas prácticas fundadas en la sustitución del yo del sujeto por la autoridad del analista, queda bien fundamentado por Freud en *Psicología de las masas y análisis del Yo* (1921). El poder de la sugestión –dice allí- radica en la influencia ejercida por quien se ubica en un lugar de autoridad, especulando con lo que -siguiendo a Le Bon- denomina “sed de sometimiento”. El secreto de su dominio se basa en la puesta en juego de un elemento ominoso, ligado a algo antiguo y familiar, “la representación de una personalidad muy peligrosa y poderosa, ante lo cual solo pudo adoptarse una actitud pasiva-masquista y resignar la propia voluntad” (Freud, 1921, p. 121), pero que posteriormente cayó bajo la represión. Freud reconduce la poderosa influencia de la sugestión hasta su origen, en la relación al padre de la horda primitiva, dice así:

El padre primordial es el ideal de la masa, que gobierna al yo en remplazo del ideal del yo. Hay buenos fundamentos para llamar a la hipnosis una masa de dos; en cuanto a la sugestión, le cabe esta definición: es un convencimiento que no se basa en la percepción ni en el trabajo de pensamiento, sino en una ligazón erótica (Freud, 1921, p. 121).

En este sentido, la reacción terapéutica negativa –tal como se ha trabajado en los capítulos anteriores- revela las consecuencias de ubicarse en la dirección de la cura como ideal paterno en la transferencia. El deseo del analista impone la renuncia a todo poder sugestivo que el lazo libidinal de la transferencia le otorga, para dar lugar a la elección del lado del sujeto. Así, el psicoanálisis se opone a cualquier tipo de psicoterapia que opera por medio de la palabra, en cuanto el analista reconoce el poder de la transferencia, a condición de no ejercerlo en la dirección del paciente, tal como sostiene Lacan:

El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura, el que le deletrean en primer lugar, y que vuelve a encontrar en todas partes en su formación hasta el punto de que se impregna en él, es que no debe dirigir al paciente. La dirección de conciencia en el sentido de guía moral que un fiel del catolicismo puede encontrar, queda aquí radicalmente excluida (Lacan, 1958, p. 566).

Curar, identificar, sujetar

Un sujeto que sufre busca alivio, busca identificarse a un significante que suture su falta en ser, busca una representación a partir de la cual reconstituir su realidad fantasmática (Delgado, O. y Goldemberg. M., 1998). La transferencia se constituye entonces como una demanda de restitución de las identificaciones, cuando por alguna razón el sujeto resulta conmovido por su propia indeterminación.

Muchas veces identificarse a un diagnóstico médico puede ser una respuesta que atempera el sufrimiento, en tanto otorga un lugar frente al angustioso enigma que representa el deseo del Otro. Ahora bien, esta demanda identificatoria del sujeto abre la puerta a las más diversas prácticas de dominio y sujeción que se ofrecen en el mercado de los tratamientos psi, que sustentan su eficacia en la dimensión constitutiva de la identificación tanto para el sujeto como para el lazo social.

En efecto, cuando el terapeuta o el analista, sea cual fuere, ha sido puesto en el lugar del Otro, esta posición concede a su palabra una autoridad susceptible de incidir en el sujeto, una particular eficacia para producir o rectificar las identificaciones. Ahora bien, mientras el deseo del analista se funda sobre el rechazo a hacer uso de la omnipotencia que le ha sido conferida y representa la abstención a todo poder identificatorio, en la psicoterapia -en cambio- se privilegia la vía que sanciona la identificación como herramienta terapéutica. No solo no se cuestiona la omnipotencia del Otro, sino que se preserva su consistencia imaginaria en la relación psicoterapéutica.

Ya en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* Lacan señalaba el alcance estructurante de toda intervención psicoterapéutica que toma, por fuerza de la sugestión, su carácter de sanción. Dice textualmente:

Es a saber que no solo toda intervención hablada es recibida por el sujeto en función de su estructura, sino que toma en él una función estructurante en razón de su forma, y que es precisamente el alcance de las psicoterapias no analíticas, incluso de las mas corrientes "recetas" médicas, el ser intervenciones que pueden calificarse de sistemas obsesivos de sugestión, de sugestiones histéricas de orden fóbico, y aun de apoyos persecutorios, ya que cada uno toma su carácter de la sanción que da al desconocimiento por el sujeto de su propia realidad (Lacan, J., 1953, p. 289).

Por lo tanto, tal es -para Lacan- la responsabilidad de aquel que interviene y tal la función decisiva de su palabra, "que no es solamente como suele decirse, ser recibida por el sujeto como aprobación o rechazo de su discurso, sino verdaderamente reconocerlo o abolirlo como sujeto" (Lacan, J., 1953, p. 289).

Puesto que el sujeto está indeterminado en cuanto al saber, es que es posible una alienación "terapéutica" al sentido o, dicho de otro modo, al saber del terapeuta. Y ello se funda no solo en la dimensión imaginaria de la transferencia sino en la vertiente simbólica del sujeto supuesto saber, al hacer corresponder saber y sujeto en una relación de falacia. Si -como sostiene Lacan- en la operación analítica:

El sujeto supuesto saber hace la conjunción de este polo del sujeto al polo del saber, del cual el sujeto tiene, en primer lugar que saber, que a un nivel del saber, no hay que suponer sujeto, en tanto él es inconciente (Lacan, 1965, Clase 19-5-65).

A nivel de las psicoterapias, en cambio, "sujeto y saber están perfectamente hechos para entenderse", lo que permite "la identificación del sujeto indeterminado en el sujeto supuesto saber, es decir en el sujeto del engaño". Esto es -dice Lacan en relación a los planteos de su época de identificación al analista- lo que "hoy llaman la alianza con la parte sana del yo, dicho de otro modo: Engañémonos juntos" (Lacan, 1965, Clase 19-5-65).

Es este un aspecto fundamental en el que se juega la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis para el destino del sujeto: o bien cristalizarse en el sentido que le viene del otro o, por oposición, "el advenimiento de una palabra

verdadera y la realización por el sujeto de su historia en su relación con un futuro” (Lacan, J., 1953, p. 290).

Lo propio de la posición del analista implica, en definitiva, no hacer consistir al Otro en la transferencia, no promover la restauración de las identificaciones del sujeto, ya que sólo es posible a partir del reforzamiento mismo de la represión y de la alienación a los significantes del Otro. Se trata –inversamente- de aliviar el peso de algunas marcas ideales, de la desidentificación y no de la identificación, se trata en definitiva de no de coagular las significaciones fantasmáticas (Eidemberg, 2002).

Proliferación del sentido, omisión del goce

Otra invariante común a las psicoterapias consiste en que no distinguen en su práctica el lugar de la palabra y el de la pulsión. En la psicoterapia, en efecto, no se plantea la cuestión del factor pulsional que toma en la obra de Freud diferentes nominaciones para dar cuenta de un fenómeno común en la experiencia clínica: la persistencia sintomática. El factor cuantitativo de la pulsión, la fijación, la inercia libidinal, la adhesividad de la libido, el beneficio primario de la enfermedad, la reacción terapéutica negativa, entre otros, constituyen modos de nombrar la insistente satisfacción de la pulsión en el malestar, antecedentes de la noción lacaniana de goce. Este factor pulsional que las posturas psicoterapéuticas descartan, cuando no, desconocen, representa la más categórica singularidad del sujeto en relación al sufrimiento.

Contrariamente, el psicoanálisis se orienta por la diferencia absoluta de cada uno en cuanto al modo de gozar y apunta a modificar la economía de goce que se vehiculiza en los síntomas. No hay norma de goce general o pre-establecida, sino una particularidad radical que se hace ética en la experiencia analítica.

De manera que, por oposición al terapeuta, el analista no dirige, no prescribe, ni da preceptos, sino que se llama a un “decir silencioso” (Lacan, 1974-1975) en el intento de permitir a cada analizante conocer su singularidad que, en última instancia, es de goce. A partir de allí será él quien decida, pues en la experiencia analítica es el propio sujeto quien está “llamado a renacer para saber si quiere lo que desea” (Lacan, 1960, p. 662).

En consecuencia, el carácter distintivo en que se funda toda psicoterapia no radica en el goce del síntoma sino en el sentido, promueve la proliferación de sentido, excluyendo toda dimensión pulsional implicada en él.

En psicoanálisis también se trata del sentido del síntoma, de hecho Lacan – como es sabido- sitúa durante veinte años de su enseñanza la vertiente del sentido como esencial en la operación analítica. Pero –como también es sabido- luego de introducir el sentido, lo relativiza y lo reduce. Se puede seguir la trayectoria del sentido en la enseñanza de Lacan, en los siguientes movimientos: “Resituó el sentido como efecto del significante, desplazó la definición de sujeto hacia el significante, separó el significante del sentido, invitó a aislar los significantes atrapados sin ningún sentido en el síntoma” (Miller, 2001). De modo que a partir de la década del 70 Lacan desplaza la cuestión del sentido a la psicoterapia como su rasgo más propio, atribuyendo a la lógica de la experiencia analítica el regirse por un más allá del sentido en relación con el goce, esto es, apuntar al sin-sentido del significante articulado al goce de la pulsión en el síntoma.

Ahora bien, como el ejercicio de la psicoterapia podría confundirse con el del psicoanálisis justamente por el sesgo del sentido, Lacan establece su diferencia para

cada caso. Mientras en la primera se trata del buen sentido, el que representa la sugestión y conduce a lo peor, en este último el sentido se reduce al no-sentido de la relación sexual. Dice textualmente:

Por eso voy a presentar aquello por lo cual esta práctica prevalece en la psicoterapia. En la medida en que interesa al inconsciente, hay dos vertientes que la estructura emite, es decir el lenguaje. La vertiente del sentido, aquella de la que se creará que es la del análisis que con el barco sexual nos inunda con olas de sentido. Es sorprendente que este sentido se reduzca al no-sentido de la relación sexual, patente desde siempre en los decires del amor. Patente hasta el punto de ser aullante: lo que da una alta idea del humano pensamiento.

Y encima hay sentido que se hace tomar por el buen sentido, que encima se pretende sentido común. Es la cima de lo cómico, a diferencia que lo cómico conlleva el saber de la no-relación que está en el golpe, en el golpe del sexo. De ahí que nuestra dignidad asuma su descanso, incluso su relevo.

El buen sentido representa la sugestión, la comedia, la risa. ¿Es decir que bastan, aparte ser poco compatibles? Es ahí que la psicoterapia, cualquiera que sea, no alcanza, no que no ejerza algún bien, sino que nos retrotrae a lo peor (Lacan, 1977).

No obstante, cabe una precisión. Si la última enseñanza de Lacan conduce de la verdad contenida en el síntoma al modo de gozar con él, este movimiento no es posible sin haber pasado por el desciframiento de aquella. Es por la reducción del sentido que conlleva el análisis, por la vía del desciframiento del inconsciente, que se llega al sin-sentido, al encuentro con un real sin sentido y sin ninguna utilidad, oportunidad para la invención del sujeto de una solución particular para cada uno.

¿Psicoanálisis en exclusión?

A partir del recorrido de este Capítulo puede sostenerse, de modo genérico, que las psicoterapias fundan su eficacia terapéutica en el eje imaginario del yo, en el logro de criterios objetivos, adaptativos y conformistas, basados en una mítica felicidad y asentados en la sugestión, en la identificación a los ideales y al sentido. Constituyen una práctica directiva del sujeto, con finalidad disciplinaria y con funcionalidad a cierto orden de resignación social. El psicoanálisis, sin embargo, constituye una práctica de transformación, una herramienta de pensamiento cuyo horizonte es emancipatorio. No existe un patrón de eficacia estándar ni un protocolo general de la cura analítica, porque en su dimensión ética es el reconocimiento y el respeto más absoluto a los modos de goce singulares. Cualquier tratamiento distinto a eso, implicaría una práctica totalitaria. Y, en efecto, “el discurso del analista se ubica en el punto opuesto a toda voluntad de dominio” (Delgado, O. y Goldemberg. M., 1998, p. 14)

Llegado este punto es ineludible preguntarse cuál debe ser la ubicación del psicoanálisis en relación a la oferta social de las terapéuticas actuales, al menos de aquellas que se alinean en el rubro de las que curan por la palabra.

Es indiscutible que “el psicoanálisis no puede determinar su objetivo y su fin en términos de adaptación de la singularidad del sujeto a normas, a reglas, a determinaciones estandarizadas de la realidad” (Laurent, 2007). No obstante, situarse en el debate público sobre la eficacia terapéutica exceptuándose radicalmente del campo de las prácticas psicoterapéuticas, favorece a una política de exclusión del psicoanálisis del mercado de lo mental, con mayores

consecuencias para el psicoanálisis que para las psicoterapias. Significaría dejarlo por fuera del circuito de la demanda social de procedimientos con incidencia psicoterapéutica, en nombre de una pureza que lo reduciría exclusivamente a una cuestión de producción de analistas, tal como el propio Freud lo anticipara en 1918 en su conferencia de Budapest denominada *Los nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Dice Delgado al respecto:

Pensar los efectos terapéuticos es un modo de no auto-segregarnos, de hacer valer la eficacia de nuestro saber hacer en el mundo, y de horadar el Ideal del fin del análisis como un a priori de máxima pureza, que también puede llevar a lo peor. Cuando Freud anuncia el mezclar el oro con el cobre, o cuando habla de la psicoterapia para el pueblo, no se refiere a ninguna capitulación de los principios, ni a ninguna degradación en el rigor de la práctica clínica, sino que, a mi entender, está afirmando que no todos son “candidatos”, que no para todos somos “didactas”, que no en todos, está en juego el advenimiento de un nuevo analista (Delgado, 2005, p. 287).

Por ende, concierne a la política del psicoanálisis localizar la utilidad social de su práctica, cuyo posicionamiento emerge entre la expresión freudiana que sostiene: “*el psicoanálisis es realmente una terapia como las demás*. Tiene sus triunfos y sus derrotas, sus dificultades, limitaciones, indicaciones” (Freud, S., 1933 , p. 141), y la contraparte lacaniana que alega que “*el psicoanálisis no es una terapéutica como las demás*”, no solo en cuanto a su clínica sino –y básicamente- en cuanto a su ética (Lacan, J., 1955, p. 312). En esa hiancia radica justamente- la particularidad de la cura analítica, incluida en el dominio de las prácticas con eficacia terapéutica, pero a contrapelo de todo dominio del sujeto por imposición de curar¹⁷.

V.2. De la evaluación empírica a la investigación en psicoanálisis

La devoción científica contemporánea

En la 34ª Conferencia, Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones, de las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud expresa: “[...] me inclinaría a decir que no creo que nuestros éxitos terapéuticos puedan competir con los de Lourdes. Son muchos más los seres humanos que creen en los milagros de la Virgen que en la existencia de lo inconciente” (Freud, S., 1933 , p. 141). En la actualidad, esta afirmación freudiana no exenta de cierta ironía, podría aplicarse en los mismos términos no ya en relación a los milagros de la religión sino a los avances de la ciencia, cuya creencia se sostiene hoy –paradójicamente- con fe religiosa.

En efecto, la razón de la ciencia está instalada de un modo tal que nadie se atreve a descreer de ella. El científico español Javier Peteiro Cartelle, en su obra *El autoritarismo científico* (2010), manifiesta que el actual discurso del científicismo implica la tendencia a la sacralización de la ciencia, que así concebida se convierte en dogma, sus divulgadores en nuevos sacerdotes y sus resultados en la única esperanza. De este modo, todo lo que porte el calificativo de científico logra

¹⁷ Las cursivas no corresponden a la cita original, sino a un destacado de esta Tesis.

imponerse como incuestionable sobre cualquier otro criterio de decisión. Se invalida toda posibilidad de elección incluso en el plano político, donde lo científicamente correcto deviene en lo políticamente correcto. Esto conduce a un nuevo modelo de civilización, concluye el autor, donde el científicismo constituye la nueva fe atea con la que se intenta cubrir el vacío que ha dejado la caída de los discursos tradicionales.

Al respecto Jean-François Lyotard (1989) argumenta que la racionalidad del científicismo se impuso como ideología justamente frente a la caída de las doctrinas redentoras de la condición humana: el cristianismo y el marxismo. El saber científico ha ganado terreno en relación al desuso de los saberes narrativos, tal como le llama a los conocimientos no científicos, gracias a su condición pragmática. En tanto las acciones y decisiones cotidianas de los sujetos están cada vez más orientadas por el carácter práctico de la información, lo que cuenta es su utilidad o inutilidad, por lo que todo saber puede ser igualmente válido si sirve para algo. La representación del mundo, que deviene de tal impregnación de la ciencia y su derivación en la técnica, constituyen la marca de lo que Lyotard ha llamado la condición posmoderna.

Por su parte, el psicoanalista Roberto Harari afirma que la ciencia en la actualidad constituye una religión secular. Como en la religión, se cree en la ciencia con fervor acrítico. Por lo tanto si es una creencia dirá Harari “esto indica ya la vigencia de una actitud renegatoria a su respecto” (2004, p. 1). Y como la renegación compone -al margen de la cuestión sexual en juego- el operador que define la perversión, este autor se formula la pregunta de si la ciencia implica alguna perversión en la escena social. Asimismo la intensidad con la que se valora la creencia, con la que se torna incuestionable, radica en su rechazo a la castración. He aquí su fortaleza inconmovible.

A su vez, es condición de la ciencia en su sentido más clásico, el de la ciencia experimental, poner en suspenso a sus operadores, tanto aquellos que sostienen la investigación como los encargados de la aplicación del conocimiento en nombre de la tecnociencia. Se sustrae su condición subjetiva, su “portación de nombre” -dirá Harari- para constituir a partir de sus resultados, es decir de lo obtenido y de lo producido, un objeto con valor colectivo.

Conforma uno de los aspectos decisivos de la ciencia su relación a la noción de avance o, para decirlo en la línea que se viene planteando, su creencia en el progreso. De manera tal que hay, en virtud de esta creencia, una interpelación permanente de sus resultados en función de otros nuevos y un modo de resituar los cuerpos cada vez, en una constante puesta a circular a partir del resultado siguiente. Lo que se procura es la volatilidad de los resultados, el rápido envejecimiento de sus productos, en definitiva, el descarte y el recambio de sus objetos.

El tiempo del vértigo, de lo vertiginoso, es el tiempo propio de la puesta en acto de esta *père*-versión, que se basa en la provisoriedad y la cancelación de sus logros en permanente remplazo por lo nuevo. Puede decirse entonces, siguiendo a Harari, que:

En ese sentido la ciencia, paradójicamente es una perversión religiosa que comporta al mismo tiempo tanto la perversión sostenedora de un padre humillado —aquel que de modo incesante pone en acto su caducidad y su limitación y por qué no hasta su impotencia- tanto la del padre humillado, decía, como la de otra *père*-versión sinérgica: la del Uno omnipotente, que puede -hipotéticamente- llegar al más pleno de los dominios de lo Real. Más quien, por lo mencionado, no deja de ser, al unísono, el insoslayablemente amenazado por la aludida impotencia (Harari, 2004, p. 1)

De todos modos, Lacan se encarga de mostrar en el Seminario 17, *El reverso del psicoanálisis*, que es en el discurso universitario que se asegura el discurso de la ciencia. Allí el saber ocupa el lugar dominante, “en la medida que el saber ha ido a parar al lugar del orden, del mando, al lugar ocupado en un principio por el amo” (1969-1970, p. 109). Por lo que –agrega más adelante– no se puede soñar ni un instante con detener su constante movimiento. “Es imposible dejar de obedecer esa orden que está ahí, en el lugar que constituye la verdad de la ciencia: *Sigue. Adelante, sigue sabiendo cada vez más*” (p. 110).

Saber sin límites

De la provisoriedad y vertiginosidad característica del avance del discurso de la ciencia, y de su incesante *sigue sabiendo cada vez más*, deviene una producción exacerbada de saberes y un cambio en la relación del sujeto con esos saberes, así constituidos.

En tal sentido, Lebrun (2003) diferencia la ciencia como quehacer de la ciencia como discurso, que determina justamente un nuevo lazo del sujeto con el saber. Afirma que a partir de la función dominante que toma el discurso cientificista se da lugar a otro basamento del lazo social. Dice este autor:

Podemos, pues, decir que, en nuestro mundo, el saber es el que tiene función de brújula, y que lo que de este modo se promueve es una modalidad nueva de vínculo social que sustituye la relación maestro - sujeto por una relación saber (acéfalo) - sujeto. Esto no dejará de tener consecuencias que nos será necesario identificar (Lebrun, 2003, p. 47).

Es decir, se trata de un saber cuya principal condición es estar desubjetivado, no permanecer referido a un maestro, a un sujeto al que se le suponga el saber. Es este saber del cientificismo el que organiza la relación entre los sujetos, el que torna necesario saber cómo vivir, curar, amar, etc. de acuerdo a las recomendaciones, ya no de un experto, sino de la ciencia como discurso y en tanto saber sin sujeto que lo soporte. Lo que administra los intercambios personales -para este autor– es, precisamente, la racionalidad científica que deviene de la creencia en la salvación corporal bajo el modo de vivir que prescribe el discurso científico.

Entonces, es preciso distinguir los efectos del discurso de la ciencia de la ciencia misma. Y establecer que el discurso de la ciencia organiza el lazo social una vez que la ciencia adquiere tal desarrollo que modifica la legitimidad de toda figura de autoridad. El discurso de la ciencia ha pasado a formar parte de la actualidad bajo una forma de infiltración difusa, que va subvirtiendo el conjunto del tejido social (Nepomiachi, 2001).

En consecuencia, frente a la exacerbada producción de saber científico, acéfalo, vertiginoso y provisorio, la toma de decisiones relativas al campo de la salud se ha complejizado, acentuando la desorientación de políticos y administradores. Esta situación dio lugar a la necesidad del cambio de paradigma que sustituye la valoración clínica del experto por la medicina basada en la evidencia. Señala Brodsky (2006) que una condición de posibilidad para que se instale este nuevo paradigma deviene justamente de la decadencia de los S1, es decir, la decadencia de la función orientadora de los significantes Amo del modo como venía funcionando, lo que deja al sujeto de la ciencia sin límites. Para esta autora, la necesidad de la evidencia que sustituye al saber del experto emerge cuando la

creencia en el Otro se torna opaca, puesto que donde hay creencia la evidencia no hace falta. Para que las comprobaciones sean necesarias, es preciso que se haya producido una declinación a nivel general de la fe en el Otro.

Asimismo, la mundialización de la información a través de Internet que permite el acceso a un volumen ilimitado de pruebas realizadas en los más diversos lugares del planeta y a la comparación infinita de resultados, tuvo consecuencias directas en medicina. Médicos y administradores del área de la salud se encuentran frente a una encrucijada: ¿cómo tomar una decisión técnica correcta cuando la magnitud de variables y saberes es inmensa? De modo que las estadísticas constituyen una manera de reintroducir la medida, en el sentido del límite, en un terreno que aparece ilimitado. El paradigma de la medicina basada en la evidencia intenta reparar al Otro, hacerlo existir bajo la forma de las cifras. Esta reinención del Otro tiene como función principal anular la subjetividad del clínico (Brodsky, 2006).

Evaluar: la transparencia del sujeto

Este cambio del saber supuesto al experto al saber acumulado de la evidencia, da lugar a una ideología de la evaluación y la cuantificación generalizada. En consecuencia, el conocimiento científico se reduce a todo lo que es cifrable, cada vez más en nombre de la ciencia se rechaza todo saber intraducible en cifras y se cuestiona toda disciplina que no sea capaz de medir y de cifrar (Leguil, 2000). De manera que, para poder ser reducido a una cifra, el sujeto resulta despojado de sus atributos más singulares. Tal como sostiene Milner en su libro *La política de las cosas* (2007), es menester que el hombre pierda todas sus cualidades, básicamente su condición de ser hablante y como tal de deseo y de goce, para transformarse en cosa, cosa medible, tasable, mensurable.

En la era del imperio tecno-científico, de la caída de los grandes ideales que organizaban la vida social, donde el camino no está tan marcado por líderes a quien seguir, toma cuerpo la realidad de las cosas, se vuelve real que las cosas gobiernen. Esta es la hipótesis de Milner, la política de las cosas es la que impera. El autor manifiesta que hoy la evaluación ya no es una palabra, sino una consigna que toma la forma de un imperativo. Se trata de evaluar a cada cual, en cuerpo y alma, evaluar en masa. Así, el sujeto mismo, en tanto homogéneo, en tanto cosa, deviene objeto de la evaluación y a la vez de la domesticación generalizada.

El sustrato totalitario de esta ideología no escapa al campo de las prácticas psi. Aquí también sujetos evaluados devienen sujetos controlados en nombre de una concepción de la eficacia que, bajo el justificativo de regular y distribuir mejor los presupuestos de salud, procura el máximo beneficio económico a cualquier costo subjetivo.

En efecto, los dispositivos de la evaluación deben ser comprendidos en su genealogía como un efecto de la mutación del discurso de la ciencia, en el sentido del devenir de la ciencia en técnica, a raíz de la hegemonía del capitalismo. La evaluación-control se constituye en el principal factor de una política que garantiza la transparencia y la eficacia tanto de las prácticas como de los individuos.

Por su parte, la digitalización de la información, ha hecho posible un crecimiento exponencial del saber sobre los sujetos, un saber rápidamente manipulable y transferible. La facilidad con que es posible cruzar y relacionar la información médica, con la financiera, laboral, etc., de una misma persona, revela el

desencadenamiento sin retorno de un proceso de vigilancia social, que encuentra en los expedientes electrónicos el más potente mecanismo panóptico.

De manera concomitante en esta época, los sujetos son llamados a no guardar ningún secreto sino a volverse totalmente transparentes, no solo ante el impulso imparable de la evaluación, sino por el empuje a hacer público lo privado hasta en los detalles más íntimos y cotidianos de la vida, a través de las llamadas redes sociales, Facebook, Twitter, etc. En sentido contrario Milner (2007) afirma que sólo el derecho al secreto asegura la desconexión entre lo singular y lo colectivo y hace posible que el sujeto se descuente del todo en su particularidad. Se sustraiga al aplastamiento de la dimensión subjetiva en nombre de la ciencia, cuya consecuencia más o menos directa, es un vaciamiento del espacio privado y de la historia.

La opción de resistir a que lo íntimo e inconmensurable que habita en cada sujeto sea reabsorbido en las clasificaciones de las tipologías generales y en las equivalencias que animan el saber de los cuestionarios, constituye para el psicoanálisis una opción ética a la vez que política. Y en tanto experiencia esencialmente de lo singular, el analista sabe de la imposibilidad de que lo más íntimo de la subjetividad pueda ser traducido totalmente en términos de saber, ya que siempre persistirá el núcleo opaco del síntoma de cada uno. Por ello el psicoanálisis no se propone como alternativa a la ciencia, sino como su síntoma, en el sentido de que –como en la época de Freud- su posición le permite operar sobre los restos depositados por la ciencia como discurso. Tampoco se propone como su continuación o su relevo allí donde el saber de la ciencia encuentra un impasse, puesto que, por otra parte, dice Lacan:

[...] la forma de lo que encontramos bajo las especies del inconsciente, es decir, como ruinas de dicho saber, bajo la forma de un saber disjunto. Lo que va a reconstruirse de este saber disjunto no retornará de ningún modo al discurso de la ciencia ni a sus leyes estructurales (Lacan, J., 1969-1970, p. 95).

Puesto que ese saber disjunto, tal como se lo encuentra en el Inconsciente –continúa Lacan- “es extraño al discurso de la ciencia”, es ajeno a él; en tanto “[...] este discurso del inconsciente corresponde a algo que depende de la institución del propio discurso del amo. A esto se le llama inconsciente. Se impone a la ciencia como un hecho” (Lacan, J., 1969-1970, p. 95).

Un real incomparable

Es consabido que la aspiración de anudar el psicoanálisis y la ciencia no les fue ajena tanto a Freud como a Lacan. De hecho, y más básicamente, el psicoanálisis mismo es resultado del surgimiento del pensamiento científico en el campo de la cultura, por oposición al pensamiento religioso. El cogito cartesiano dio el fundamento en el que se apoyaron y generaron las condiciones de posibilidad para el desarrollo del pensamiento científico y con él la emergencia del psicoanálisis. Desde entonces hasta hoy, esa ciencia constituye el contexto de acción del cual el analista forma parte. Dice Lacan al respecto:

La vez pasada les mostré el punto de arranque de Descartes, cuyo proceder, en su origen y en su fin, no está dirigido especialmente hacia la ciencia, sino hacia su propia certeza. Este proceder está en el principio de algo que no es la ciencia, objeto

de la meditación de los filósofos desde Platón y antes, sino La ciencia con el acento puesto en ese La y no en la palabra ciencia. La ciencia es la que estamos atrapados todos, que forma el contexto de la acción de todos en esta época en que vivimos, y de la que tampoco puede librarse el psicoanalista, ya que él forma parte de sus condiciones, es La ciencia, esa misma.

Con respecto a esa ciencia es que tenemos que situar al psicoanálisis. Sólo podemos hacerlo articulando con el fenómeno del inconsciente la revisión del fundamento del sujeto cartesiano que hemos llevado a cabo (Lacan, J., 1964, p. 239).

Ahora bien, en su necesidad de encontrar la certeza, la ciencia se estructura alrededor de un discurso que rechaza cualquier subjetividad, o dicho en términos de Lacan (1965-66. Clase 1-6-1966), forcluye al sujeto. De manera que el sujeto del psicoanálisis es el sujeto forcluido por la ciencia, en tanto ésta opera bajo el ideal de lograr un saber por exclusión de toda variable subjetiva.

Cada discurso promueve una política para tratar lo real. La política de tratamiento de lo real no es la misma para la ciencia que para el psicoanálisis, pero tampoco se trata del mismo real, lo real para la ciencia se distingue de lo real para el psicoanálisis. Mientras el real que trata la ciencia es objetivo, cuantificable, cifrable, normatizable y si se aparta de la norma se constituye en la expresión de un pathos, la práctica analítica se confronta con un real que se resiste a adecuarse a cualquier sistema homogéneo y universalizante, que se resiste a ser cifrado, evaluado, comparado, incorporado al conjunto de los todos iguales. Por esta razón cada vez que un sujeto logra instalarse en el discurso analítico se constituye en un sujeto único e incomparable. Es decir que, en un psicoanálisis hay algo que siempre está por fuera de los mecanismos de control y contabilidad, algo que escapa a las tentativas de establecer una transparencia evaluativa de toda actividad humana.

Desde el discurso de la utilidad, apoyado especialmente en el argumento de la evaluación, se postula la posibilidad de prácticas psicoterapéuticas a plena luz, donde todos sus procedimientos como sus resultados puedan ser evaluados, acorde con los requerimientos de control científico y político. Es decir, donde la vigilancia permanente se transforme en la garantía de lo útil. Para la práctica psicoanalítica, en cambio, lo esencial que está en juego en su experiencia es inaprehensible desde cualquier perspectiva de peritaje. Como dice el poeta: "Por más que contemos los pasos de la diosa y anotemos su frecuencia y longitud media, no deduciremos el secreto de su gracia instantánea" (Valéry, 1936).

Pruebas de utilidad

El papel de la utilidad social del conocimiento ha sido considerado históricamente como un plus, como un valor agregado pero secundario al carácter de científicidad. Este papel secundario de la utilidad hoy debe ser repensado, puesto que en la ciencia contemporánea la garantía de utilidad se ha constituido en un aspecto primario. Hoy más que nunca la verdad de la ciencia es una verdad útil y su búsqueda es una búsqueda interesada. El éxito de un conocimiento se basa en la medida en que permite el control y el dominio de los hechos (Heler, 2005).

Freud produjo un conocimiento con utilidad social. Que el psicoanálisis se orientara en relación a la terapéutica y que haya tenido eficacia en un momento de impotencia de la medicina frente a la histeria, justificó su participación en las

problemáticas de la ciencia médica de fines del siglo XIX. Sin embargo, el valor social de uso del psicoanálisis se halla actualmente en cuestión.

El empuje a la evaluación de los resultados es –como se ha dicho– un fenómeno esencial de estos tiempos, cada día y en cada ámbito se exige dar pruebas objetivas de los resultados de las prácticas. En este contexto, el psicoanálisis, no queda exceptuado de requerimientos de medición y evaluación y en tanto práctica eminente de lo singular, su eficacia es cuestionada por los actuales dispositivos científicos de verificación.

Muchos psicoanalistas, no han permanecido ante esta realidad ni indiferentes, ni silenciosos. Roudinesco, -entre otros-, se ha ocupado de denunciar sistemáticamente los discursos tecnicistas que acusan al psicoanálisis de supuesta “ineficacia experimental” (2000, p. 29). Revela que desde los años 50 se vienen realizando en los EE.UU. encuestas para poner a prueba la efectividad de los tratamientos psicoanalíticos, cuyos saldos han representado un escaso aporte tanto a favor como en contra de la disciplina freudiana. El problema de tales evaluaciones se basa en la incompatibilidad de los principios experimentales que las rigen con el dispositivo de la cura analítica. La dificultad para la elección de parámetros, el carácter subjetivo de los testimonios, la desconfianza en cuanto a la influencia del analista en los mismos, demostró en verdad que la evaluación de los resultados terapéuticos por la vía experimental carece de valor en psicoanálisis.

Por su parte, refiere Laurent (1996) que la eficacia del psicoanálisis se ha intentado evaluar de muchas maneras. Cita a modo de ejemplo las experiencias del mundo anglosajón con su afán por la atmósfera técnica, donde se miden las transformaciones sintomáticas a partir de varias muestras de pacientes tratados con psicoterapias de inspiración analítica, en consultas privadas u hospitalarias y seleccionadas con mayor o menor lujo estadístico. Este tipo de verificación se impuso a partir de las críticas a la ineficacia psicoanalítica del conductista Hans Eysenck, también en los años 50. Subraya Laurent, que la inclusión en una muestra constituye ya de antemano una segregación. Las condiciones normales de un psicoanálisis implican que el que viene a solicitar un análisis no se considere reducible a una sintomatología de orden médico.

¿Cómo responder entonces al imperativo de la evaluación? ¿Cómo hacerlo sin desconocer esta exigencia del discurso contemporáneo pero también sin renunciar a los principios que gobiernan la práctica del psicoanálisis? Freud, quien tampoco estuvo exceptuado de los mismos cuestionamientos, resulta orientador al respecto:

En cierta época se acusó al análisis de no poder ser tomado en serio como terapia porque no se atrevía a dar a conocer una estadística de sus resultados. Desde entonces, el instituto psicoanalítico fundado por el doctor Max Eitingon en Berlín ha publicado un informe donde rinde cuentas de sus primeros diez años de labor. Los éxitos terapéuticos no justifican la jactancia, pero tampoco dan lugar a avergonzarse. Sin embargo, tales estadísticas no esclarecen nada; el material procesado es tan heterogéneo que sólo muy grandes números significarían algo. Lo mejor es indagar las propias experiencias (Freud, S., 1933 , p. 141).

En concordancia con la posición freudiana, desde la perspectiva lacaniana se propone examinar los resultados obtenidos en el análisis, no por una selección hecha en función de una homogeneidad sintomática o diagnóstica, sino a través de las propias experiencias de aquellos que habiendo transitado un análisis han devenido analistas. De modo que el dispositivo denominado Pase se constituye en la

forma válida de dar cuenta de la eficacia de un análisis. Ahora bien, ¿cómo valorar las experiencias de aquellos que no llegan al final de análisis ni posiblemente lo deseen? ¿No serían constatables sus efectos?

En tanto la cura psicoanalítica es efecto de un trabajo, deviene de un recorrido y como consecuencia del mismo, el punto al que llega cada análisis no es anticipable ni estandarizable, así como tampoco lo sería la singularidad del desenlace subjetivo al que cada sujeto pueda arribar en él. De modo que, la puesta a prueba de sus resultados requiere del trabajo uno por uno, siguiendo la lógica de las coordenadas propias de cada caso en su detalle.

En consecuencia, puede afirmarse que la eficacia del análisis no puede ser medible con la racionalidad propia del pensamiento positivista, ni prestarse a las exigencias cada vez más burocráticas de una evaluación normativizada (Rubinstein, 2005). Pero entonces, ¿cuál es la alternativa metodológica de validación que el psicoanálisis puede ofrecer, acorde con la especificidad de su experiencia?

La valoración de la eficacia: evaluación vs. investigación psicoanalítica

“Al no ser el psicoanálisis una ciencia, se incrementa la responsabilidad en cuanto a dar cuenta de cuáles son los efectos, las consecuencias, del acto analítico en términos de su eficacia” (Álvarez, 2006, p. 31). Dar cuenta entonces de sus resultados, probar los efectos de la experiencia analítica si no es bajo las exigencias de validación que hoy se le presentan y sin perder los fundamentos metodológicos que le son propios, constituye en la actualidad un aspecto complejo pero ineludible. Y remite a una cuestión fundamental no solo para el análisis de la práctica sino para la elaboración de saber en psicoanálisis, esto es: diferenciar la investigación psicoanalítica de la evaluación de la eficacia propia del discurso científico.

A pesar de los esfuerzos realizados desde Freud en adelante, la diferencia entre investigación psicoanalítica y evaluación científica de la práctica analítica no está dada a priori, ni para la ciencia, ni para la burocracia sanitaria, ni – paradójicamente- para el psicoanálisis mismo. No es un dato menor que, como se ha señalado en el Apartado anterior y en el Capítulo I de esta Tesis, algunas orientaciones de investigación pertenecientes al campo psicoanalítico supongan que la validación de sus resultados depende de la conciliación con los requerimientos epistemológicos de las ciencias empíricas y no, por el contrario, de sostener su particularidad circunscribiéndolos a su ámbito específico, es decir, al método analítico y a las condiciones de su experiencia. Un intento de articulación de estas características contraviene por completo los principios de la investigación psicoanalítica, desviándose de sus premisas más fundamentales, y contradice la perspectiva freudiana que logra una ruptura epistemológica con la ciencia de su época, sin renunciar -no obstante- a inscribir su descubrimiento en una particular concepción metodológica de ciencia.

Freud fue el primero en establecer el valor de la experiencia como centro de su investigación, de modo que la investigación en psicoanálisis no puede ser otra que empírica, en el sentido de aquella que proviene de la experiencia analítica misma. Sin embargo dista mucho de ser la investigación empírica de la ciencia positiva.

Ya en *La etiología de la histeria*, Freud sitúa al método analítico como una laboriosa “investigación de detalle” (1896a, p. 218) en los enfermos. Es decir que, muy tempranamente, propuso el método analítico como un método de investigación

y, siendo su marco científico de interlocución el del positivismo médico-neurológico, argumentó a las constantes críticas y objeciones provenientes de él. Debía resguardar las particularidades de su procedimiento, que no se sometía a las condiciones de validación de las ciencias naturales, sin que por ello perdiera la rigurosidad.

De manera que no retrocede en su interés de demostrar la validez científica de sus resultados ni en la necesidad de volver transmisibles sus hallazgos, lo cual le exigía disponer de otros modos de validación. Para ello se apoyará en el uso del caso clínico, como la herramienta que le va a proporcionar pruebas basadas en la experiencia, otorgándole a ese dispositivo el rigor lógico de una producción de saber (Rubinstein, 2002).

El estudio de casos como herramienta

En efecto, en cada uno de los historiales clínicos Freud reitera la utilidad del estudio de casos realizado con el método psicoanalítico como instrumento de singular valor no solo en la producción de conocimientos sino en la transmisión (Cancina, 2008). Concede al estudio de casos un lugar paradigmático en el contexto de la investigación clínica de la experiencia y separa de este modo la investigación del inconciente del paciente, que deviene de la aplicación del dispositivo analítico asociación libre-interpretación, de la que se produce para conceptualizar los fenómenos de esa experiencia y construir un saber a efectos de hacerlo comunicable.

En 1912, en *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* relaciona ambos aspectos –tratamiento e investigación- en términos de preciada coincidencia pero a la vez de contraposición. Habiendo sentado las bases del edificio metodológico común a ambas instancias, lo antagónico alude a la posición del analista en relación al tratamiento, para cuyo beneficio es preciso que se entregue a la contrapartida de la regla fundamental impuesta al paciente -es decir, la atención flotante- como aquello que lo conducirá de mejor manera al descubrimiento y la interpretación de lo inconciente. Aquí el analista está del lado del hallazgo. Sin embargo al intentar teorizar un caso el interés científico exigiría “componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente”, de manera tal que Freud no recomienda elaborar científicamente un caso mientras el tratamiento no esté cerrado, para no torcer la dirección de la cura a las necesidades de su empleo científico (Freud, S., 1912a, pág. 1956).

La clínica psicoanalítica implica una reformulación de lo que es la clínica como experiencia. También en Lacan encontramos esta disyunción entre clínica y experiencia, entre el analista que produce los efectos y el que los conceptualiza. O sea, el que sostiene la experiencia analítica y el que hace clínica. En tal sentido afirma que “[...] es indispensable que el analista sea al menos dos. El analista para tener efectos y el analista que, a esos efectos, los teoriza” (Lacan, J., 1974-1975). Esa teorización funciona en el *aprê coup* del efecto del análisis.

Es importante sostener esta diferencia. El dispositivo analítico habilita el hallazgo, el analista lo habilita en la medida en que no sepa. Habilita el hallazgo sobre el que tendrá que teorizar. Teorizar es entonces la manera de volver transmisible el hallazgo (Cancina, 2008). Y la clínica psicoanalítica es “la posibilidad para cada analista de sostener las preguntas a las que lo confronta su acto” (Cancina, 1997, p. 31).

Teorizar de la experiencia

Ahora bien, hay una tensión que es propia de la investigación en el campo psicoanalítico, la que deviene de la articulación de lo singular del caso por caso a lo universal del concepto teórico. Entonces, ¿cómo se formaliza, con qué instrumentos se procesa el saber en psicoanálisis de manera de alcanzar el nivel de generalización propio de lo conceptual?

En la Nota Introductoria a *Pulsiones y destinos de pulsión* (Freud, 1915) , hay orientaciones al respecto del procedimiento de teorización de la experiencia aplicado por Freud, cuya cita se desglosa del siguiente modo:

- 1) Se parte de la descripción de los fenómenos que luego son agrupados, ordenados e insertados en conexiones.
- 2) Para la descripción misma es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas que se recogieron de alguna otra parte, no de la sola experiencia nueva.
- 3) Tales conceptos previos debe ser sometidos a la remisión repetida al material empírico del que parecen extraídas, pero que, en realidad, les es sometido.
- 4) Es de extremo interés que a esos conceptos no sean tomados al azar, sino que estén determinados por relaciones significativas con el material empírico, relaciones que se cree colegir aun antes que se las pueda conocer y demostrar.
- 5) Una vez explorado más a fondo el campo de fenómenos en cuestión, es posible aprehender con mayor exactitud también sus conceptos científicos básicos y afinarlos para que se vuelvan utilizables en un vasto ámbito.
- 6) Entonces quizás haya llegado la hora de acuñarlos en definiciones, lo que no tolera –no obstante- rigidez alguna en ningún campo de conocimiento.

Los pasos que aquí se detallan no se diferencian demasiado para Freud de los de la actividad científica convencional, ¿qué autoriza entonces a suponer una especificidad epistemológica a la investigación psicoanalítica? Su especificidad es la que proviene de las características propias de su objeto de estudio.

Al respecto Lacan sostiene que si Freud avanzaba en una investigación que no está marcada con el mismo estilo que las otras investigaciones científicas es justamente por la naturaleza con la trata. “Su campo –dirá- es la verdad del sujeto”. Pero, ¿qué implica investigar acerca de la verdad del sujeto? En primer término que “no puede reducirse enteramente a la investigación objetiva, e incluso objetivante, del método científico habitual” (Lacan, J., 1953-1954, p. 54), que deja por fuera lo que concierne a su supuesto "objeto de estudio" –el sujeto-, y en la intención de objetivarlo lo cosifica, desconociendo la dimensión del inconsciente que se encargará siempre de resistir a la medición.

Por otro lado, dado el carácter de originalidad que le confiere a la noción misma de realidad del sujeto, Freud como investigador queda comprometido en “la investigación de una verdad que le concernía a él completamente, hasta en las relaciones con el enfermo” (Lacan, J., 1953-1954, p. 40). Por lo cual la dimensión transferencial forma parte de las vías de acceso a esa verdad y contribuye a ese carácter absolutamente singular. Lacan continúa en esta línea:

Ciertamente, el análisis como ciencia es siempre una ciencia de lo particular. La realización de un análisis es siempre un caso particular, aun cuando estos casos particulares, desde el momento en que hay más de un analista, se presten, de todos modos, a cierta generalidad (Lacan, J., 1953-1954, p. 40)

Y si de lo que se trata siempre es de un caso particular, la investigación clínica es inherente al estudio de casos como metodología cuya lógica minuciosa es

la que permite seguir los procesos inconscientes implicados en la experiencia analítica, extraer conclusiones respecto de la original articulación con los conceptos en cada caso, anudar la teoría y la práctica en la serie que componen los registros singular-particular-universal.

El psicoanálisis como método de lectura

¿En qué se apoyan estas investigaciones propias de la clínica? ¿Qué orden del conocimiento sostiene el valor de la clínica psicoanalítica como investigación?

A partir del estudio freudiano de los síntomas, los lapsus, los sueños, es decir de las formaciones del inconsciente, puede establecerse el inconsciente como una superficie de lectura, de desciframiento. Las operaciones de la palabra, condensación y desplazamiento, metáfora y metonimia, conducen a la operatoria de las leyes que gobiernan el inconsciente.

El aporte de Lacan fue dar justificación del cifrado inconsciente a partir del predominio que otorgó a las funciones del significante. De manera tal, es la articulación de la cadena significante la que confiere su verdadera estructura al inconsciente, lo cual lo llevó a establecer que “Todo fenómeno analítico, todo fenómeno que participa del campo analítico, del descubrimiento analítico, de aquello con que tenemos que vértosla en el síntoma y en la neurosis, está estructurado como un lenguaje” (Lacan, J., 1957-1958, p. 237).

Así pues, esta lectura del inconsciente instituye un método de lectura como método de investigación en psicoanálisis, que no se reduce únicamente al dispositivo analítico sino que se aplica también a la investigación de la experiencia analítica. Es una lectura de los detalles tomados como indicios, como huellas, detalles desatendidos en general, que la observación normalmente desprecia y que cobran importancia sólo para aquel que se orienta, como el analista, por una perspectiva indicial¹⁸ (Pulice, G., Manson, F. y Zelis, O., 2000).

Avanzado en su enseñanza Lacan refuerza la apuesta y en la clase *La función de lo escrito* del Seminario 20 *Aún*, expresa:

Es bien evidente que en el discurso analítico no se trata de otra cosa, no se trata sino de lo que se lee, de lo que se lee más allá de lo que se ha incitado al sujeto a decir (Lacan, J., 1972-1973, p. 38).

Ahora bien, ¿es posible leer un texto al modo cómo se lee el inconsciente? Esta pregunta conduce a otro plano de la investigación analítica que no resulta menos escabroso, el de la producción de saber en psicoanálisis a partir de la investigación teórica, realizada como lectura analítica sobre los textos mismos.

La producción de saber mediante el análisis de textos

¿Puede situarse la lectura rigurosa de textos sobre la teoría como algo propio de la investigación en psicoanálisis? Lacan ofrece el marco metodológico dentro del cual circunscribir el análisis de textos y le da la denominación de

¹⁸ Sobre el paradigma indiciario véase Pulice, G., Manson, F. & Zelis, O. (2000) *Investigación<>Psicoanálisis*. Capítulo 4 “El pensamiento mágico, el paradigma indiciario y las ciencias conjeturales” Buenos Aires: Letra Viva Editorial.

“comentario de texto”. Se inspira para ello en la lectura de los fenómenos del inconsciente que se realiza en la experiencia analítica y lo eleva al estatuto de una disciplina, cuyo procedimiento responde al mismo sistema operacional que el psicoanálisis ha inventado. Durante diez años aplica a los textos freudianos la disciplina del comentario y llama a sus seminarios “seminario de textos”, reconociendo en los textos de Freud un verdadero valor de formación para los analistas.

En el Seminario I, *Los escritos técnicos de Freud*, va a sostener que el interés de estos comentarios de textos freudianos reside en que permiten seguir en forma detallada múltiples cuestiones, de cierto carácter insidioso pero de considerable importancia, que “son el prototipo de cuestión que todos intentan evitar, para confiarse a una cantinela, a una fórmula abreviada, esquemática, gráfica” (Lacan, J., 1953-1954, p. 41).

El interés de comentar los textos freudianos radica a su vez en su “riqueza nunca agotada de significaciones [...] vehículo de una palabra, en cuanto que ésta constituye una emergencia nueva de la verdad” (Lacan, 1954, p. 366).

Es un método de lectura que comporta una exhaustiva interrogación del texto y se propone, en primer lugar, extraer los elementos sobre los cuales se puede progresar en su exégesis y en consecuencia hacer responder al texto las preguntas que él mismo le plantea al lector, interrogar el supuesto saber del texto lo que muestra en el comentario su valor de transferencia (Lacan, 1954).

La interpretación exegética es posible si se trata al texto como una palabra plena, en el sentido de que se define por su identidad con aquello de que habla. De manera tal que la significación de un determinado concepto lo da la estructura del propio texto, en la medida en que la interpretación se verifica en la lógica misma del texto y en sus detalles (Lacan, 1954).

La etimología del término exégesis proviene del griego *exegeisthai* que significa explicar, interpretar, mostrar el camino, rastrear, seguir la pista (Gómez de Silva, 1995). La exegética es una lectura interpretativa, pero una interpretación que es diferente a la hermenéutica, con la que –no obstante- está relacionada. Lacan sostiene esta distinción a lo largo del Seminario 11, *Los cuatro conceptos fundamentales de psicoanálisis* (1964). Exégesis implica desocultar lo oculto de un texto no buscando más allá sino en el texto mismo. La hermenéutica se provee de otros elementos más allá del texto.

La interpretación analítica sería exegética y se sitúa más del lado de la heurística como arte de inventar, el arte de hallar. Lo que hace que la exégesis pueda emparentarse a la heurística y ser invención es que sigue la pista hacia la construcción de un sentido nuevo, que no es pura contingencia sino que ya estaba empero contenido en el texto a la espera de ser producido. De lo contrario, si la exégesis no se reconoce como una invención de lectura es paráfrasis, es repetición, es jerga sometida a la autoridad (Cancina, 2008). Bajo esta dimensión, es posible afirmar que:

El trabajo de interpretación de un texto consiste en determinar el sentido que el texto asigna a cada uno de sus términos, sentido que es efecto de la relación que establece dicho término con los demás términos del texto, es decir que cada noción, cada idea, cada párrafo, se define por las relaciones que tiene con las demás nociones, ideas y párrafos dentro del mismo texto (Bernal, 2007).

Esto es consecuente con la lógica misma del significante que sólo adquiere sentido en su relación con otro, de manera que es el significante el que crea el

significado a partir de las variantes de sus deslizamientos. La posibilidad del comentario se abre entonces a partir de la interpretación que habilita ese deslizamiento del significado por debajo del significante, que no es otra cosa que el tratamiento psicoanalítico del lenguaje.

La eficacia de investigar sobre la eficacia

Para finalizar, investigar en psicoanálisis, sea desde la perspectiva clínica del caso o sea desde la perspectiva teórica del texto, se contrapone por completo a cualquier dogmatismo que busque confirmar o bien sus postulados por la vía de la especulación o bien sus resultados por la vía de la evaluación. Lo que condice con el axioma de Lacan (1957-1958) cuando sostiene que la investigación psicoanalítica no falla a causa de lo que encuentra sino que falla a causa de lo que busca.

En consecuencia, proponer la investigación psicoanalítica como alternativa al imperativo de evaluación empírica de la eficacia terapéutica, cobra un valor fundamental en la actual coyuntura científico-política. Por un lado, en tanto modo de producción de un saber que dé respuesta a los requerimientos de las nuevas formas del sufrimiento contemporáneo y a las transformaciones provenientes de la clínica, lo que -parafraseando a Lacan- posibilita al psicoanalista “unir a su horizonte la subjetividad de su época” (1953, p. 309). Por otro, por la trascendencia para la vigencia de la disciplina misma de dar a conocer el alcance del método analítico sobre las problemáticas actuales. Esto significa hacer saber de la eficacia de la práctica psicoanalítica más allá de los ámbitos que le son propios, llegar a la ciudadanía, a los administradores de salud, a los políticos, a los científicos, en fin, que no permanezca como una cuestión circumscripita a los círculos de analistas.

Asimismo, porque el psicoanálisis en tanto participa de las dificultades de la época, en cuanto aspira desde su origen a un lugar social como tratamiento del padecimiento psíquico, no está exento de la responsabilidad de examinar tanto sus procedimientos como sus resultados; no goza en ello de ninguna excepción, lo que -en definitiva- no es otra cosa que lo que Freud hizo para procurarle a su invención la existencia que obtuvo en la historia y en la cultura.

V.3. El malestar en la cultura actual

Hay una producción de sufrimiento y de síntomas engendrado por el modo de habitar la época actual. Si en la época de Freud el malestar en la cultura tenía como referencia la lucha del sujeto entre sus exigencias pulsionales y los ideales que compartía con la sociedad de su tiempo, hoy se trata, por el contrario, de una forma de malestar marcado por la caída de ideales comunes y por la incidencia del discurso científico en la vida contemporánea. De manera que, a raíz de los cambios que los discursos dominantes imprimen en el lazo social, cada época produce diferentes modos de vivir la pulsión. Como consecuencia de ello el síntoma va variando la forma como se anuda en el campo del Otro social, mudando su envoltorio formal respecto de su núcleo de goce.

Efectivamente, las transformaciones en la subjetividad contemporánea han traído aparejadas modificaciones en las presentaciones de los síntomas y

correlativamente un cambio en la clínica, que tiene incidencia en la modalidad que toma la demanda al psicoanalista. Es una demanda con un carácter novedoso para la práctica del psicoanálisis, puesto que debe considerar modos inéditos de relación de los sujetos con lo real.

Por tanto, es preciso inscribir el síntoma en el contexto actual que lo determina en su forma de presentación. Las condiciones actuales del sufrimiento, como las nuevas manifestaciones de los padecimientos en la clínica, están en relación con las transformaciones ocurridas en el lazo social y hay que pensarlas en su relación con él.

Lazo social y nuevas modalidades subjetivas

El fenómeno de la experiencia subjetiva debe ser captado en su horizonte de determinación social (Alemán, J., 2012b). Las modalidades subjetivas son variables en términos culturales, por cuanto las coordenadas de la cultura operan al modo de un ordenamiento significativo en cuyo campo discursivo emerge el sujeto. Por su parte, no hay cultura sin malestar, la cultura es inseparable respecto de un malestar que le es inherente. De manera que el malestar no es una contingencia de un momento dado o una coyuntura especial, sino que es una condición estructural. Si cada época -entonces- produce una subjetividad que es la subjetividad de esa época, cada época puede definirse por el malestar que crea.

Del ciudadano al consumidor

Desde una perspectiva histórico-política, se puede concebir el malestar en la civilización contemporánea a partir de la disgregación de los lazos sociales y del fracaso del tipo de convivencia ciudadana instaurada con la modernidad. En tal sentido Lewkowicz (2004) sostiene que la cotidianeidad actual se halla complicada bajo el agotamiento del lazo social moderno, fundado en la concepción del ciudadano. La ficción del ciudadano, emergente de la Revolución Francesa, del humanismo floreciente y de los Derechos del Hombre, instaló los ideales de igualdad, solidaridad y libertad como reguladores de los intercambios entre los sujetos. La representación del ciudadano, que es a la vez subjetiva y social, supone un sujeto determinado por su historia, por una nación, una lengua, una geografía, es decir que está situado, está contextualizado, no es universal. A su vez, resulta de su participación social y de su decisión racional y política, por tanto forjaba el bien común políticamente, con otros. Posee una identidad colectiva y la posibilidad de hacerse de un destino propio en comunidad. La palabra se constituye como el elemento esencial de este tipo de lazo social, como la sustancia para la expresión de las ideas y el soporte básico de los vínculos.

A partir de la expansión mundial de los mercados –afirma Lewkowicz- este modelo va dejando de tener entidad práctica, dando lugar a su sustitución por una nueva figura subjetiva: el consumidor. Por oposición al ciudadano el consumidor no tiene ni edad, ni sexo, ni nacionalidad, ni historia, ni barrera geográfica, idiomática o política, es decir, carece de diferencias singulares. Es la condición que hace posible que el mercado imponga los mismos productos al consumo de todos e instale a todos los sujetos a desear y a gozar de lo mismo. La ciencia contribuye con saberes universalmente válidos y la tecnología con la producción de objetos de consumo

masivo, que no reconocen ni clase social, ni condición económica. El ideal de gozar de los objetos se inscribe también y con la misma fuerza en quien no puede acceder a ellos.

Así, para este autor, el consumidor se propone como el modelo social actual y consumir como el nuevo modo de organizar la trama colectiva. Consumir es lo que hace lazo entre las personas, lo que da consistencia social y lo que determina los nuevos excluidos sociales. Lo que excluye es no consumir, es lo que deja al sujeto por fuera de las redes sociales que son redes de consumo. De manera que la igualdad social no es de derechos y deberes, sino de oportunidades de consumir. Consecuencia de ello el bienestar ya no se forja políticamente, sino que se consume como bien adquirible. Por su parte, el registro que sustenta este lazo es cada vez más el de la imagen y menos el de la palabra, de modo que predomina la inmediatez de la imagen en desmedro del valor de lo simbólico. Campo imaginario, que se habita de una existencia fragilizada, cada vez más expuesta a los embates de lo real.

Tiempos hipermodernos

En consonancia con lo anterior, para Lipovetzky (2006) la vida contemporánea se encuentra trastocada bajo el signo de lo que denomina la hipermodernidad. Sin embargo, para este autor, la mutación del lazo ciudadano al lazo de consumo no deviene del agotamiento de la racionalidad moderna sino, por el contrario, de su acentuación. Dice al respecto:

Lo que hay en circulación es una segunda modernidad, desreglamentada y globalizada, sin oposición, totalmente moderna, que se basa en lo esencial en tres componentes axiomáticos de la misma modernidad: el mercado, la eficacia técnica y el individuo (Lipovetsky, 2006, p. 56).

De modo que la hipermodernidad resulta de profundizar los componentes esenciales de la modernidad, o –como expresa el autor- de “modernizar la modernidad misma, de racionalizar la racionalización” (p. 59), es decir, de destruir los arcaísmos que la mantenían frenada o encuadrada en una serie de contramodelos y contravalores, matando así todo espíritu de tradición. De manera que, si la posmodernidad como etapa ya significó:

Auge del consumo y de la comunicación de masas, debilitación de las normas autoritarias y disciplinarias, pujanza de la individualización, consagración del hedonismo, pérdida de la fe en el porvenir revolucionario, desinterés por las pasiones políticas y las militancias (Lipovetsky, 2006, p. 54).

Tales aspectos posmodernos no se han desvanecido sino que se imponen en la hipermodernidad bajo una lógica desregularizada y desinstitucionalizada; cuyos efectos, la modernización desenfundada, la mercantilización a ultranza, el desbordamiento tecnocientífico, la individualización vertiginosa, son portadores tanto de promesas como de peligros para el sujeto. De modo que “la sociedad de consumo se anuncia bajo el signo del exceso. [...] Cada dominio tiene un aspecto en cierto modo exagerado, desmesurado, extralimitado” (Lipovetsky, 2006, p. 57). “Los comportamientos individuales están atrapados en el engranaje de lo extremo, como para dar testimonio del frenesí consumista [...] proliferan las patologías individuales,

el consumo desmedido, los comportamientos anárquicos [...] En el universo funcional de la técnica aumentan los comportamientos disfuncionales" (p. 58).

En forma concomitante a esta tendencia a la compulsión y al desenfreno, se ha transformado el orden del tiempo. Una "ideologización y generalización del reinado de la urgencia" (p. 81) marca la relación de los sujetos con el tiempo social, cuya incidencia sobrepasa ampliamente el universo del trabajo y repercute en la relación con la vida cotidiana, consigo mismo y con los otros. Ya no existe un norte trascendente de lo inmediato.

El hedonismo prevaleciente como estilo de vida hace de cualquier dolor o sufrimiento o bien una patología o bien una sinrazón. Ante las infinitas ofertas del mercado -incluido el de la salud- no hay razones para el malestar. De la mano del pragmatismo científico se amplía cada vez más la oferta tanto de estimulantes como de anestésicos, en tanto el discurso de la eficacia moldea las prácticas terapéuticas bajo el furor de curar.

En consecuencia, la utopía de la felicidad se ha vuelto material y terrenal, se ha vuelto realizable por los objetos de consumo. La ideología del bienestar encuentra en el marketing el mejor camino para llegar a la satisfacción. Y cuando todo es posible de obtener por la vía del intercambio económico, cada quien puede reclamar su derecho a ella. La posibilidad -y en cierta medida el imperativo- de encontrar cada uno con qué satisfacerse lo máximo posible, conlleva al rechazo de todo aquello que no se ajuste a la complacencia hecha regla. De modo que la insatisfacción se torna en un déficit o un fraude que habilita rápidamente a la reivindicación del derecho de ver las exigencias cumplidas.

La subjetividad del capitalismo

La subjetividad hipermoderna se halla entonces profundamente determinada por el discurso capitalista, cuya incidencia radical en el lazo social actual no es sin efectos para el sujeto, instaura una particular posición frente al deseo y al goce y -por consiguiente- lo pone frente a nuevas formas del sufrimiento.

El capitalismo introduce la ilusión de que los objetos pueden venir a colmar la falta y son asequibles en el mercado, haciendo que la felicidad se encarne en ellos. De este modo el mercado asegura su dominio poniendo a todos los sujetos a consumir de lo mismo. En consecuencia, se homogeneizan las condiciones de satisfacción anulando la particularidad de cada uno, el horizonte del deseo se reduce y el goce toma la dimensión cada vez más obscena de la satisfacción inmediata en el consumo actual desenfrenado. Una acentuación del imperativo de goce es el resultado de la exacerbada producción de objetos en correlación directa con la satisfacción de la pulsión, sin corte alguno, sin imposibilidad, sin castración. Precisamente, constituye la esencia del discurso capitalista el rechazo de la modalidad *imposible* propia de la castración (Alemán, J., 2009a). En efecto Lacan sitúa, el rechazo a la castración, como lo más determinante del capitalismo como discurso. Dice así:

Lo que distingue al discurso del capitalismo es esto: la Verwerfung, el rechazo, el rechazo fuera de todos los campos de lo Simbólico, con lo que ya dije que tiene como consecuencia. El rechazo de qué? De la castración. Todo orden, todo discurso que se entronca en el capitalismo, deja de lado lo que llamaremos simplemente las cosas del amor, amigos míos. Ven eso, eh? no es poca cosa! (Lacan, J., 1971-1972b. Clase 6-1-72)

La vigencia de este discurso en la civilización actual, en tanto se sostiene justamente en el rechazo de toda imposibilidad, implica la presentificación más pura del goce superyoico. La forma que adopta el superyó contemporáneo es un imperativo de consumo. Y nada se contrapone al mandato de goce del superyo, puesto que el mercado también empuja a gozar sin límites. El resultado es un circuito infernal, dado que cuanto más se consume más insatisfecho se está y, por lo tanto, más habría que consumir. Vertiente obscena del superyó moderno, forma paradójica que adopta el malestar en la cultura como exigencia de goce.

Como a partir Freud, el goce no se superpone al placer sino que da cuenta de un más allá del placer donde la pulsión de muerte opera por la vía de la satisfacción, estas nuevas modalidades de goce implican también formas inéditas de padecimiento, cada vez más desamarradas de lo simbólico y más solitarias. Constituyen la contracara del hedonismo, que siempre sufre de un cierto empuje a ir más allá de un límite en el que ya no se realiza como placer sino como sufrimiento, como un empuje autodestructivo que lleva a romper el equilibrio. Freud lo anticipaba: “una satisfacción pulsional instantánea y sin miramiento alguno, tal como el ello la exige, con harta frecuencia llevaría a conflictos peligrosos con el mundo exterior y al aniquilamiento” (Freud, 1938, p. 199).

Así, la pulsión de muerte parece emerger en esta época con una fuerza inusitada, en tanto la acentuación de un placer liberado de la castración favorece, en lugar del vínculo del síntoma, el paso al acto mortífero (Recalcati, 2004).

Actualidad de los síntomas

Como ya se ha referido, el gran descubrimiento del psicoanálisis respecto del síntoma radicó en revelar su portación de sentido, en demostrar que los síntomas hablan. Fue a través del despliegue significativo de las histéricas que Freud tuvo acceso al síntoma como mensaje a descifrar y como causa a develar. En contraposición, el síntoma actual funciona -de algún modo- como el reverso de aquél, en tanto esta época en su condición de promover un goce cada vez más desanudado de lo simbólico, produce como efecto nuevas formaciones sintomáticas cerradas sobre sí mismas, que no llegan a constituir una llamada al Otro.

Lipovetzky habla de una licuación del síntoma clásico para mostrar su diferencia con los síntomas actuales. Dice al respecto que “los sujetos ya no sufren síntomas fijos, sino trastornos vagos y difusos” (Lipovetzky, 2002, p. 219), aunque no por ello menos tortuosos. Sostiene Naspartek (2012) que cuando Lipovetzky plantea que hay una licuación del síntoma clásico, hace referencia a la relación entre el sentido y el síntoma. En la actualidad ya no es el síntoma con sentido, que habla, que dice algo. Son síntomas que muestran pero no dicen, síntomas sin sentido. El vacío de sentido propio de la civilización contemporánea, sostiene el autor, también es un vacío sobre el sentido de los síntomas.

Según Naspartek los llamados síntomas de la época tienen el aspecto de los síntomas actuales de la experiencia freudiana, en cuanto a la falta del mecanismo psíquico que trama el sentido, por lo cual se presentan directamente con su cara tóxica. Freud advirtió que en las neurosis actuales, de las dos vertientes del síntoma, la de la significación y la de la pulsión, predominaba el núcleo sintomático que sólo respondía a los términos económicos de la pulsión. Y no vaciló en llamar a ese

núcleo sintomático pulsional como de naturaleza tóxica¹⁹. Lo dice de la siguiente manera: "En las neurosis (actuales) las perturbaciones parecen ser de naturaleza tóxica" (Freud, 1908, p. 167). Hay una toxicidad en el núcleo mismo del síntoma que hace de él algo difícil de mover. Hoy la clínica se confronta de lleno y de manera exacerbada con esa toxicidad del síntoma, sin pasar por el sentido que hacía del síntoma una formación de inconsciente (Naparstek, 2012).

Por su parte Colette Soler (2000), diferencia los síntomas contemporáneos tomando en consideración si el goce anudado a ellos se articula al lazo social, esto es, según pase o no por la mediación del semejante. De esta manera denomina síntomas autistas a aquellos que producen un goce en desconexión con la relación con el Otro, goce cerrado sobre sí mismo, que animado por la pulsión de muerte incita siempre a más. Se trata de síntomas que conectan el inconsciente con el goce sin pasar por el otro.

Esta modalidad de goce permite sustraerse del "no hay relación sexual" y obtener satisfacción obturando el agujero de diversos modos, en tanto se privilegia el vínculo del sujeto con los objetos por sobre el lazo entre los seres hablantes. De manera que no pone al sujeto frente a la necesidad de construir una respuesta particular a la no existencia de la proporción sexual. La consecuencia es un empuje a más y más satisfacción, lo que deja al sujeto gozando sin anudamiento a ninguna verdad, no allí donde ello habla sino allí donde ello goza.

En oposición a este tipo de síntomas Soler (2000) ubica el síntoma insertado en el lazo social, el síntoma articulado al sentido, en definitiva, el síntoma borromeo que anuda real, imaginario y simbólico.

En la clínica contemporánea es frecuente encontrar una variedad de síntomas autistas, sin dimensión sintomática para quienes los padecen. Se trata de malestares difíciles de subjetivar, de los que los sujetos hablan como si les fueran ajenos, que no aparecen conectados con su historia y que no interrogan al sujeto ni se dirigen al Otro de la transferencia. De modo general los psicoanalistas aceptan reunir las nuevas formas sintomáticas en tres grandes grupos y bajo las siguientes denominaciones: las patologías del consumo (adicciones, trastornos de la alimentación, etc.), las patologías del acto (impulsiones, violencias, etc.) y las patologías de la angustia (ataques de pánico, crisis de ansiedad, etc.). Cada una con sus particularidades, constituyen formas del síntoma difíciles de abordar por el dispositivo analítico asociación libre-interpretación, por el predominio de la dimensión pulsional por sobre toda posible significación.

Pasar del padecimiento básico al síntoma como pregunta, abrir estos síntomas que en principio se presentan como cerrados a la dimensión significativa, configura el reto de la práctica psicoanalítica de este tiempo: hacer que el síntoma hable, que adquiera la condición de mensaje cifrado, que se dirija al Otro.

Goces contemporáneos, sin pérdida

En psicoanálisis la subjetividad es pensada en términos de estructura, de estructura subjetiva como la posición que el sujeto asume frente al goce a partir de la acción del significante. Esta acción opera separando al sujeto del goce para ubicarlo del lado de la castración, de la falta de objeto.

¹⁹ Acerca de la hipótesis de la toxicidad en Freud remitirse al recorrido realizado por Pura Cancina (2002) en su libro *Fatiga crónica. Neurastenia. Las indolencias de la actualidad*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

En el Seminario 16, *De un otro al otro*, (1968) Lacan introduce la idea del discurso como una maquinaria que produce goce, como un aparato de goce. Propone que el goce se inscribe en la operatoria del sistema signifiante en tanto la entrada en discurso conlleva para el sujeto una pérdida y en ella toma cuerpo la función plus de gozar. A su vez, por la renuncia a todo goce absoluto que comporta, la operación del discurso genera un resto y como consecuencia una recuperación: surge el objeto, que se desprende a nivel de esa pérdida. De manera que el advenimiento al lenguaje engendra el plus de goce, pero también determina la función de la falta dando lugar al objeto causa de deseo.

Ahora bien, este objeto también tiene la virtud de compensar el vacío, de taponar la división del sujeto. Y es a este lugar de sutura de la falta, al lugar del plus de gozar, donde en estos tiempos han venido a ponerse los objetos del mercado. Lacan lo advierte en el Seminario 17 (1969-1970), la civilización contemporánea propicia más y más goce a través del consumo de objetos, intentando obturar todo vacío y favoreciendo la alienación a nuevas modalidades de satisfacción pero también a nuevas formas de dominación.

El hombre de la actualidad reniega de la separación del objeto y se ve seducido por la oferta inagotable de la tecnociencia a sostener su adicción a él. En consecuencia, este sujeto en su aspiración de no desprenderse de su objeto permanece, sin embargo, profundamente separado del Otro, desamarrado de los significantes que proceden de su campo y empujado -como se ha señalado- al hedonismo compulsivo.

Se verifica cómo el modo de tratamiento del goce depende de la época. En un momento en que el objeto viene a dominar los ideales, el psicoanálisis se confronta con una particular relación al goce, y se pone a prueba en un orden social que -contrariamente a los comienzos freudianos- no prohíbe el goce sino que lo estimula y lo impone. El contexto de invención del psicoanálisis se trataba de una sociedad con una represión muy acentuada de lo sexual y una postergación de la posición de la mujer en el plano social. Los síntomas o patologías características de esa época estaban justamente asociados a los sistemas de prohibición. A su vez dominaban los grandes ideales sostenidos en las religiones nacionales que escondían su dimensión de pulsión de muerte. El contexto actual -por el contrario- es de empuje al goce sexual y al reposicionamiento social de los sujetos por el mercado, mediante la exaltación de la posición de autonomía para el consumo de todos sin excepción, hombres y mujeres, adolescentes, incluso niños. Por su parte, en el presente los vínculos ya no están determinados por esos grandes ideales, sino gobernados por la idea de que cada uno puede crear su propio ideal.

A partir de la teoría de los discursos, Lacan ubicó estas diferencias en términos de estructura discursiva. Situó el discurso del amo como aquel cuya vigencia posibilitó el surgimiento del psicoanálisis y el discurso capitalista como el que domina la sociedad contemporánea. Y en una única presentación formal realizada en Milán (1972) formuló el discurso capitalista como la deformación del discurso del amo. Mientras el discurso del amo un S1 opera desde el lugar del agente como un signifiante que ordena, que comanda el discurso e identifica al sujeto; en el discurso capitalista está el sujeto que advenido amo queda desregulado, desorientado, bajo la idea de no hay signifiante que lo identifique y de no estar sujeto a nada.

Este sujeto, en su deriva, se topa con el objeto de consumo, ya que en el lugar del Otro se puede ubicar al mercado. Entonces, en tanto en el discurso del amo se escribe la imposibilidad de acceder al objeto, en el discurso capitalista se

abrocha el sujeto con el objeto. Así como en el discurso del amo se produce un goce que se separa como plus de goce, en el del capitalista se esboza una integración directa del goce sin inscripción de ninguna pérdida, puesto que se trata de un discurso que no articula el plus de gozar con la falta.

De manera que la práctica analítica debe orientarse cada vez más en el objeto plus de gozar como modo de hacer incidir el discurso analítico en el sufrimiento de la época, determinado por ese empuje imparable a la satisfacción silenciosa y solitaria de la pulsión. Satisfacción que, no obstante, por infinitos que sean los objetos o por próximos y accesibles que se encuentren, no consigue hacer desaparecer la hiancia fundante de la subjetividad.

¿Qué alcance para el discurso analítico?

Entonces, concierne al discurso del analista en la actualidad dar cuenta de la capacidad de enlazar el plus de gozar a la lógica del significante, de atarlo a la palabra, para que siguiendo la política del síntoma se encuentre cada quien lo que le es propio y singular. Lacan (1969-1970) plantea que el psicoanálisis es el arte de producir la necesidad de discurso, necesidad que está en el sujeto pero hasta que no se produce se encuentra en carácter de inexistente. Es preciso que lo que está en forma de inexistente se ponga en el discurso. Pero el modo contemporáneo de vivir la pulsión representa de hecho una dificultad para ello. Por un lado, en tanto – como se viene señalando- el reinado del objeto ha operado una depresión de los significantes, opacando la faceta simbólica de los síntomas. Por otro, en cuanto el sujeto de la actualidad queda involucrado en prácticas de goce que no hacen lazo social y que en tal sentido no pueden considerarse en su dimensión sintomática. Se trata de prácticas pulsionales en exclusión de la mediación simbólica, que rechazan el carácter necesariamente coartado en su meta de la pulsión.

En efecto, Alemán (2009b) diferencia al síntoma de la práctica de goce y expresa que en el presente los sujetos se consagran a prácticas de goce que no tienen por qué considerarse como síntomas, aun cuando presentan su costado mortificante, puesto que el síntoma en el sentido freudiano remite al inconsciente y conduce a la interpretación bajo transferencia. Es decir que, a contrapelo de las prácticas de goce, un síntoma se inscribe de inmediato por su identidad estructural en el lazo social. De ahí la importancia clínica, en esta época en la que la sintomatología contemporánea permanece más indeterminada, de producir un síntoma analítico en vez de eliminarlo rápidamente sin atender qué dimensión de lo pulsional es la que se está aplacando y cuál es la relación del sujeto con eso que se acalla.

El discurso analítico ofrece la posibilidad de establecer un lazo y de abrir a la oportunidad del síntoma para que el deseo pueda ponerse en juego, pero solo es posible a través de la puesta en marcha de la transferencia. Ahora bien, constituye una característica de las demandas actuales, cierta rebeldía para instalarse en la relación transferencial. Las nuevas formas sintomáticas que llegan a la consulta del analista, muchas veces por insistencia de otro más que por iniciativa del propio sujeto, se presentan resistentes a la transferencia en su sentido clásico. La ausencia de mecanismo psíquico o el aplastamiento de su dimensión significativa, el desconocimiento del Otro del saber inconsciente, tal como aparecen en los llamados ataques de pánico, en las bulimias y anorexias, en la depresión generalizada, en el estrés post-traumático, en las toxicomanías, en la hiperactividad, etc., supone

considerar nuevas formas de la transferencia. Hoy la presencia del analista es frecuentemente convocada a dar respuesta, a identificar al sujeto a un diagnóstico, a otorgar una significación que lo fije a su modo de goce, pero a la vez a procurar un alivio rápido y tangible, sin consideración del objeto libidinal que viene a representar en el vínculo transferencial y sin pasar por la relación del sujeto al saber.

Esta dimensión de la demanda hace lugar a otro tipo de ofertas terapéuticas que desconocen la clínica psicoanalítica de la transferencia pero se sostienen, aún sin saberlo, en las formas de la misma más ligadas al poder sugestivo. La incesante prescripción de psicofármacos, las psicoterapias cognitivistas y comportamentalistas, la aplicación de protocolos diagnósticos y escalas de normalidad, incluso otras propuestas de corte esotérico, dan cuenta de una particular modalidad de la transferencia en la clínica contemporánea en mayor consonancia con la *naturaleza* subjetiva de la época.

Por su parte, tal como se ha manifestado, esta época cuestiona profundamente el estatuto del Otro, por lo que el psicoanálisis mismo está expuesto a ser destituido a causa de la primacía de un goce asocial. Entonces, ¿qué lugar en la época para el discurso del psicoanalista? ¿Es el discurso del analista un discurso que debe evolucionar, reformularse, rescribirse? ¿O basta con constatar que su discurso opera en una civilización que ha cambiado completamente y actualizar las variaciones de su práctica?

El cambio en el estatuto del sujeto

Otro de los aspectos con mayor incidencia en la subjetividad y en la clínica de la época es el que atañe precisamente a los cambios que la ciencia, como la nueva figura de autoridad, opera -vía las neurociencias- en el estatuto del sujeto. En efecto, la extraordinaria expansión de los desarrollos científicos del siglo en curso pretenden conducir a una nueva definición de la subjetividad a partir de un sustrato material orgánico observable: el cerebro.

Si despuntando la década del 70, en el Seminario *El reverso del psicoanálisis*, Lacan indicaba que en el mundo contemporáneo el discurso del amo encuentra su relevo en la ciencia, esta suerte de anticipación alcanza en el presente su máxima expresión, modificando profundamente las relaciones del sujeto con el cuerpo, consigo mismo y con los otros.

Bajo la incidencia del discurso científico el cuerpo humano se ha transformado hoy en un una especie de nuevo Dios y se presenta como aquello que es común a todos, como lo que instituye un *para todos*. La promesa del bien común, pero también del bien individual, no proviene ya a partir del lazo social, ni del lazo político, ni religioso, sino de la biología. La garantía no está en Dios, ni en el Otro social, sino en el cuerpo (Laurent, 2008a). De manera que el fundamento de la ciencia se constituye también en el fundamento de la felicidad y el actual progreso alcanzado por las nuevas tecnologías de la imagen permitiría comprobarlo. La existencia de los centros neurológicos de la felicidad aparece ante los ojos del científico bajo la forma de las coloreadas figuras de las resonancias magnéticas, que no son -obviamente- las resonancias del significante. “Esto define un objeto perfectamente objetivable, es decir, el campo de la ciencia y la felicidad corresponden a una cartografía bien precisa del cerebro” (Laurent, 2008b, p. 143).

Puesto que su propio sujeto resulta entonces de la emergencia funcional de su órgano, el cerebro, la ciencia desconoce al sujeto del inconciente. De manera

inversa Lacan afirma que "el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia" (1966, p. 837). Con lo que pone de manifiesto no solo que fue preciso el sujeto que instala la ciencia para que exista el psicoanálisis, sino que el sujeto del psicoanálisis es un sujeto sobre el que se interviene y en tal sentido es el que hace surgir de su práctica.

Sin embargo esto no debe hacer suponer que haya coincidencia entre el sujeto del psicoanálisis con el de la ciencia. Tempranamente en sus investigaciones, a partir de 1896, Freud, que tenía una formación médica, abandonó el modelo neurológico. Muchos se apresuran hoy a ver en él a un partidario anticipado de las neurociencias. Pero Freud comprendió que para fundar el psicoanálisis debía romper con las mitologías cerebrales. Y si bien esperaba que avanzaran los descubrimientos en torno del cerebro, pudo genialmente advertir que la racionalidad del inconsciente no era del mismo orden que la de las ciencias naturales. De modo que sin desechar la base neuronal, supo establecer que las palabras, los sueños, los mitos, las fantasías, era la sustancia de la que está hecho el sujeto del psicoanálisis (Roudinesco, 1911).

Freud construyó su disciplina en relación a la ciencia de su época y no en desconocimiento o negación de la misma. Por lo cual desde su nacimiento el psicoanálisis ha estado permanentemente inmerso en el mismo problema: establecer qué articulación posible hay entre el psicoanálisis y la ciencia.

En la actualidad, en virtud del modo como la clínica se ha visto trastocada por la acentuación del paradigma neurocientífico, hay un diálogo con la ciencia que se torna insoslayable. Los avances en las investigaciones del cerebro se han sucedido con un ritmo tal en los últimos veinte años y alcanzado tal nivel de desarrollo que pareciera estar justificado que las concepciones de las neurociencias se constituyan en el fundamento de todos los campos del accionar humano, y del clínico por excelencia.

Parece obvio a esta altura de la cuestión que ya no es posible sostener la dualidad alma-cuerpo que se expresa hoy en el enfrentamiento entre psicoanálisis y ciencias biológicas. Que ya no es posible sostener una oposición entre lo psíquico y lo somático, no al menos sin que se trate de una oposición infundada. El psiquismo ya no se opone al cuerpo, ya nadie pone en duda que los procesos psíquicos se articulan con los orgánicos. Pese a lo cual, hoy más que nunca, se torna imperioso distinguir el funcionamiento psíquico de la fisiología del encéfalo y afirmar que el psiquismo no puede ser reducible a un funcionamiento biológico (Pommier, 2010), ya que la impregnación del discurso neurocientífico en la cultura ha tenido como efecto una paulatina biologización del sujeto.

Las neurociencias se presentan como una totalidad discursiva que pretende explicar al sujeto todo a partir de su lógica científica. En ese sentido es irreconciliable con el psicoanálisis que descompleta y singulariza. Es preciso estar advertidos que en ese diálogo con la ciencia, que no solo posible sino necesario, no se contribuya a completar un único discurso que acabe por clausurarse en una totalidad, obturando esta dimensión que le es propia a la experiencia analítica. No se trata –entonces- de reconciliar el psicoanálisis con las neurociencias sino de sostener la tensión entre uno y otras, de conservar la brecha, la fractura.

En su escrito *Acerca de la causalidad psíquica* (1946) Lacan -ya a esa altura de su enseñanza- establece una especie de debate con la neuropsiquiatría en donde, en referencia al modo de pensar la locura, plantea una diferencia entre el déficit y la falla, que es constitutiva de la diferencia entre el discurso de la ciencia y el del psicoanálisis. No es lo mismo la falla que el déficit dice Lacan. Un déficit es

concomitante a la idea del trastorno que hay que venir a remediar. El déficit remite rápidamente a un paradigma funcionalista en donde algo que ha dejado de marchar debe ser restituido a su funcionamiento normal.

La falla alude a otro orden de cosas, porque como el sujeto se constituye en relación a la falla, la falla no requiere solución, o mejor dicho, no tiene arreglo. Así, las distintas estructuras clínicas son modos de dar respuesta a esta falla constitutiva.

Alemán (2009b) se pregunta por qué triunfó en esta época la idea del déficit y no la de la falla, por qué se instaló el paradigma del déficit. Sostiene que se debe a la mejor adaptación de la concepción del déficit a la industria farmacológica y a la política de la evaluación y de la cuantificación.

De ello se desprende que el discurso de la ciencia se interesa realmente por el sufrimiento subjetivo en la medida que ese sufrimiento comporta una amenaza para el progreso del saber. Y en tanto ese sufrimiento hace obstáculo al avance de la ciencia en su intento de reducir el sujeto del inconsciente al silencio de los órganos sobre los cuales interviene. El sufrimiento del ser hablante representa entonces un resto siempre irreductible del discurso de la ciencia, representa la herida de la división subjetiva que la ciencia no cesa de intentar cerrar.

¿Hay entonces algún uso posible que pueda hacer el psicoanálisis de las neurociencias? ¿De qué manera puede el psicoanálisis servirse de sus aportes, sin por ello cancelar el síntoma sobre el que funda su política? Ese uso posible no se trata de un uso inmediato. El uso que el psicoanálisis puede hacer de las neurociencias debe tener en cuenta lo imposible, el agujero, el no todo que determina la relación de lo simbólico con el cuerpo y delimita el campo de lo real y la experiencia de goce. Se trata de un uso mediado que asegure el mayor grado de libertad al sujeto y donde sea posible preservar la singularidad contingente de su existencia (Laurent, 2008c).

CAPÍTULO VI:

LAS FORMAS ACTUALES DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA

¿Qué lectura de la clínica en este tiempo es posible hacer desde el discurso psicoanalítico?

VI.1. El furor de curar contemporáneo

Los ideales de felicidad y bienestar de la época, articulados a las demandas de la subjetividad hipermoderna, de urgencia hedonista, erigen la eficacia terapéutica como valor y como exigencia de las prácticas terapéuticas actuales, cualquiera sea su procedencia. Asimismo, el incesante ascenso del modelo biomédico en el campo de la salud mental, propiciado por los avances técnico-científicos de la psiquiatría, ha alimentado una “formidable cultura de la ilusión terapéutica” en la sociedad contemporánea (Roudinesco, 2005, p. 28). Las consecuencias del saber científico han modificado no solo las prácticas vinculadas a las técnicas biológicas sino a las terapias de modo más general, que han resultado afectadas, reordenadas por las transformaciones de una clínica cada vez más ligada a la escalada del discurso de la ciencia (Laurent, 2000). De manera que, aunque pueda resultar paradójico, los propios cambios sucedidos en la clínica psiquiátrica a partir del desarrollo de la psicofarmacología han favorecido una explosión de corrientes de psicoterapia, muchas de ellas sin rigor teórico ni metodológico, que – no obstante- ajustan su oferta de soluciones adaptativas a las demandas de bienestar del paciente contemporáneo (Roudinesco, 2000, p. 43). Una eficacia terapéutica prêt à porter.

Por ende, las prácticas clínicas imperantes, cada una con su particular programa de felicidad, responden a la concepción de eficacia propia de la cura médica: eliminar el padecimiento lo más rápidamente posible. El paradigma biomédico de la eficacia opera en el campo de lo mental buscando normalizar la conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico, pero sin preguntarse por su significación (Roudinesco, 2000). “La actualidad es, precisamente, el esfuerzo por desembarazarse de todo síntoma” (Laurent, 2000, p. 15), despreciando su importancia para el sujeto. “Este término, que vino de la práctica médica, ahora se ha extendido a manifestaciones de desórdenes que van más allá del campo habitual de la medicina. Ha tomado un sentido extendido de desorden del lazo social” (Laurent, 2000, p. 15).

Hay entonces una extensión de los síntomas, lo que redundará también en una extensión de la clínica. Si otrora la gente se ponía triste, se preocupaba, se desanimaba, ahora se deprime. Hay una generalización del diagnóstico psiquiátrico llevado al discurso común, una extensión de la idea de trastornos, que no discrimina lo normal de lo patológico, pero en el sentido inverso al freudiano, patologizando los modos de existencia cotidiana; nada escapa a las clasificaciones psiquiátricas y -en consecuencia- a la necesidad del fármaco y de modificación de los comportamientos o de los esquemas de pensamiento.

En estricta relación con lo anterior, se ha producido una expansión de las prácticas clínicas. “Nuestra época está caracterizada por la yuxtaposición de clínicas distintas, incluso contradictorias, que coexisten perfectamente” (Laurent, 2000, p. 21). Esta yuxtaposición de prácticas, aún en su dispersión, “tiene una unidad que es la pragmática de la clínica” (Laurent, 2000, p. 22), la pretensión de responder directamente a la demanda de librar de todo mal que caracteriza a la subjetividad de este tiempo, aplanando los avatares de la existencia misma. La eficacia terapéutica en su máxima extensión: curar del cotidiano vivir.

Por su parte, el surgimiento de un modelo de gestión de los sistemas de salud pública regido por un aparato de control de los costos revela el costado más deshumanizado de la eficacia, que proviene del uso tenaz de la tecnociencia al servicio de prácticas mercantilistas –valga la redundancia- del mercado de la salud. Lo que justifica el tratamiento del síntoma avalado por el discurso científico: clasificarlo, sacarle su singularidad, acallarlo por la píldora, evaluar su nivel de aplacamiento, corregirlo hasta adaptarlo a la norma, en definitiva, suprimirlo. Así el actual furor por curar, tiene consecuencias cada vez más devastadoras de la subjetividad:

“[...] decir el ser por medio de un catalogo de conductas observables, o emprender una rectificación por vías neuroquímicas a título de una supuesta objetividad científica o del beneficio económico de una mayor brevedad en alcanzar objetivos prefijados, pero velando que los agentes de ese discurso inscriben en él una intencionalidad política o económica o de algún orden” (Szuster, M., 2008, p. 9)

El empuje a la rápida eliminación del padecimiento conlleva, efectivamente, su propia intencionalidad económico-política. En tal sentido, Roudinesco (2005) sostiene que un cambio tan radical en el estatuto del sujeto, que vino a dar fundamento a las modalidades dominantes de tratamiento del padecimiento subjetivo, ha estado determinado por la instauración del peritaje psiquiátrico como práctica de validación y, a la vez, de control de gastos sanitarios.

Para comprender cómo hemos podido pasar, en un período de treinta años, desde un enfoque estructural del sujeto que tenía en cuenta sus afectos, su vivencia existencial, una lectura de su vida inconciente o de la de su entorno, a una compartimentación “ateórica” de sus comportamientos es preciso que sepamos en primer lugar que los procedimientos para evaluar el psiquismo nacieron, después de 1970, de una voluntad de los responsables de las políticas de salud pública con vistas a reducir de modo drástico el costo de las financiaciones de todas las formas de patología: en los campos de la medicina, la psiquiatría, la psicología y la psicoterapia (Roudinesco, 2005, p. 89).

De manera que los sujetos devienen evaluados y controlados en nombre de una concepción de la eficacia que dice regular y distribuir mejor los presupuestos en salud; y las disciplinas rivalizan en un furor terapéutico por demostrar los resultados que les aseguren un lugar en esa distribución. La evaluación-control se constituye, de este modo, en el principal factor de una política que requiere de la transparencia tanto de las prácticas como de los individuos.

Así, el furor curandis del siglo XXI, un deseo de curar extremo que reniega de la falta, o que hace de la falta un déficit o una falla a remediar, produce un sujeto incapaz de inscribir su padecer como inherente a su experiencia misma, a las contingencias que lo atraviesan en su condición de sujeto parlante, singular e

histórico. Como sostiene Giorgio Agamben (2001), al hombre contemporáneo se lo expropia de su experiencia. Para este autor “la expropiación de la experiencia ha estado implícita en el proyecto fundamental de la ciencia moderna” (2001, p. 13), es decir que constituye una consecuencia estructural del discurso científico. “Hasta el nacimiento de la ciencia moderna, experiencia y ciencia tenían cada uno su propio lugar”. La identificación de la experiencia con el conocimiento científico, o dicho de otro modo, “la certificación científica de la experiencia, [...] desplaza la experiencia lo más afuera posible del hombre: a los instrumentos y a los números” (Agamben G. , 2001, pp. 14-15). Como resultado, un resultado paradójico del empuje a la curación, la incapacidad de traducir las vicisitudes de la vida en experiencias propias, trastoca la existencia hasta tornarla cada vez menos soportable.

Se comprende la importancia, cada vez mayor, de afirmar la irreductibilidad de lo real de la experiencia subjetiva, desde una posición ética frente al actual deseo de curar que tenga en cuenta la falta, los límites, que sepa de la imposibilidad, lo que abre la posibilidad del advenimiento del sujeto en la dimensión del deseo.

La medicalización de la vida cotidiana

Es esta una época donde todo se mide, se clasifica, se cura, se evalúa. El sujeto contemporáneo se encuentra sometido a sistemas de clasificación, y evaluación permanentes, es decir, nuevos regímenes de vigilancia. Esos sistemas componen el actual dominio de la salud mental. El campo del padecimiento subjetivo sobre el que también opera el analista está organizado ahora por esos sistemas de clasificación múltiples: los manuales internacionales de clasificación psiquiátrica, DSM²⁰, CIE²¹, en sus diversas versiones. Ya no se trata del rigor teórico de los sistemas nosográficos de la semiología psiquiátrica clásica, sino de una clasificación amplia, global, y de rápida mutabilidad que se adapta con facilidad a la sintomatología que se *pone de moda* en la actualidad. Pero a su vez, estos sistemas contribuyen a crear el malestar, un malestar que se lo configura, se lo delimita a través de sus procedimientos de tipificación y –simultáneamente- se promueve la urgencia de curarlo, de eliminarlo. De este modo las prácticas actuales pretenden reducir el síntoma al saber que ellas mismas proponen. La consecuencia es la medicalización de la vida en el mayor rango de amplitud hasta ahora conocido.

No puede soslayarse la importancia práctica y política de este proceso de medicalización extrema de la época. Berlinger (1996) afirma que la medicalización es la concreción de la biopolítica en el campo de la Salud. Constituye la tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad de la ciencia médica todas las esferas de la vida de los sujetos. Es Michel Foucault (2007) quien introduce la categoría de biopoder para dar cuenta del conjunto de mecanismos por medio de los cuales se convierte la dimensión biológica de la especie humana en parte de una política, en una estrategia política, a la postre, en una estrategia general de poder, que consiste en la disciplinarización de los cuerpos (Foucault, 1977) mediante medicaciones, normas y datos estadísticos. Al transformar el cuerpo esencialmente histórico-político en un cuerpo esencialmente biológico, la biopolítica es

²⁰ DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la American Psychiatric Association (APA).

²¹ CIE: Clasificación internacional de enfermedades, (en inglés International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) .

simultáneamente un dispositivo configurador de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). De manera que, inmersos en el movimiento que los convierte en objetos de mercancía, los hombres están seriamente expuestos “a obedecer a esas órdenes de vigilancia y seguridad colectivas, [...] a desear por sí mismos su propia esclavitud”, para entregarse al cuidado de un Otro sanitario, en nombre de un “sombrio higienismo de las almas” (Roudinesco, 2005, p. 88), que superpone la normalidad a la norma.

La medicalización de la vida ha tenido un particular desarrollo en el campo de la Salud Mental, reforzado por el proceso de mercantilización de la misma, esto es, de colocar el bienestar subjetivo como materia de mercado. En este campo, tal como sostienen Stolkiner y Ardila Gómez, más claramente que en el campo de la Salud en general, las exigencias de eficacia terapéutica develan la compleja imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas.

A continuación se hará referencia a las prácticas clínicas imperantes en este campo, que en su arista diagnóstica y/o terapéutica, representan el sesgo práctico, la puesta en acción, de la inspiración panóptica sobre la vida de los sujetos.

Diagnosticar, clasificar, reducir

Los manuales internacionales de clasificación psiquiátrica, DSM, CIE, se han posicionado asumiendo la dispersión sintomática propia de la subjetividad hipermoderna. No obstante, el carácter cosificante de esa clasificación se revela de manera alarmante cuando -cada vez más- es el propio sujeto el que consiente en asumirlo como nombre propio. Así el diagnóstico ya no refiere a una afección sino que alude más radicalmente al ser. Dice Pujó al respecto:

Las nuevas nomenclaturas, avaladas por la autoridad de la ciencia, dan sustento a otras tantas *ficciones del ser* colectivizando al sujeto en comunidades cuya existencia se calcula en porcentajes de la población general. Entidades que a pesar de su imprecisión tienen sobre quienes se incluyen en ellas una eficacia simbólica superior (Pujó, 2008, p. 133).

Los sujetos resultan etiquetados bajo una tiranía de ser lo que se le diagnostica, *soy depresivo, soy bipolar*, etc., lo que se opone a cualquier intento de lazo. De manera que el diagnóstico psiquiátrico opera como identificación bruta al significativo (Dargentón, 2008), dando cuenta –a su vez- del aflojamiento del lazo social para orientarse en un modo de goce propio y singular.

“Pero no se trata sólo de procedimientos, la reciente proliferación de diagnósticos para síndromes y trastornos que se multiplican permite al sujeto esquivar con mayor facilidad su implicación en los impases que enfrenta en la vida” (Costa-Moura, 2012). La denominación diagnóstica así devenida desresponsabiliza al sujeto de sus males, lo autoriza a gozar de sus síntomas, desculpabilizándolo de su elección de goce individual por la relación directa con una causalidad biológica. Entonces, cuanto mayor afectación de los cuerpos, más desafectados están los sujetos, mayor rechazo del saber, mayor oposición a una lectura que cifre ese real como signo en el cuerpo. De manera que a la demanda de sentido que atraviesa a la experiencia analítica, se opone el rechazo al sentido (Dargentón, 2008) que conviene a la idea del padecimiento como trastorno de los manuales de clasificación psiquiátrica.

Por su parte, aunque la causa orgánica permanece implícita, los manuales de clasificación psiquiátrica, DSMV, CIE10, prescinden de toda consideración etiológica, de forma tal pueden constituirse en un idioma nosológico único y universal que violenta las peculiaridades individuales para ingresarlas -aún de manera forzada- en categorías generales ya preformadas. El padecimiento queda reducido a un número de ítems en los que se hace entrar al sujeto, en un forzamiento de la realidad clínica a favor de la neutralidad de la ciencia. Lo que conduce a la postre a un silenciamiento y objetalización del paciente.

En efecto, los responsables del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) defienden su presunto ateoricismo al sostener que “los clínicos pueden estar de acuerdo en la identificación de los trastornos mentales en base a sus manifestaciones clínicas, sin estar necesariamente de acuerdo en los mecanismos que provocan esas alteraciones” (DSM-IV, 2002, p. 11). Por esta razón, agregan, “la aproximación adoptada en el D.S.M. es ateórica con respecto a la etiología o al proceso pato-fisiológico, excepto en el caso de aquellos trastornos en los que está bien establecida” (DSM-IV, 2002, p. 10). Para Vitale (1996) la consideración descriptiva y ateórica del fenómeno psiquiátrico así planteada no debe ser pensada como una posición doctrinal, puesto que en realidad tal ateoricismo sirve a los fines de excluir de su campo todas aquellas teorías que no provengan del dominio de las neurociencias, por no estar justamente “bien establecidas”.

En consecuencia, la perspectiva que defiende una forma más objetiva y menos teórica de considerar las problemáticas psíquicas ha incrementado la tendencia general hacia la medicalización, en tanto constituye la legitimación de un uso cada vez más indiscriminado de la terapéutica medicamentosa. La clínica así constituida encuentra su lugar entre el mundo científico y los intereses del mercado. Confluye en la traducción lineal de un malestar, en codificaciones excesivas de los datos diagnósticos, lo que evapora los componentes más propios de la clínica. Esta búsqueda exhaustiva de clasificar trastornos no considera el goce del síntoma, lo real. No obstante conforma una especie de inventario del sufrimiento subjetivo donde se le asigna un orden clasificatorio a las formas de gozar de cada sujeto.

La quinta edición del Manual de estadísticas y diagnóstico para los desórdenes mentales (DSM-V), de reciente aparición en idioma inglés en mayo de 2013, representa una ampliación del repertorio de los trastornos mentales respecto de su versión anterior, de poco más de 10 años de vigencia. Señala Goldenberg al respecto:

El próximo DSM, elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana, es un forzamiento para patologizar y medicalizar a la comunidad; una nueva reformulación clasificatoria que busca ampliar a través del discurso de la ciencia las enfermedades mentales. Es decir, intenta, bajo un disfraz de términos científicos, una clasificación de lo inclasificable: el padecimiento (Goldenberg, 2012)

Constituye una prueba de ello que situaciones vitales como el duelo, es decir, la tristeza, el decaimiento, la pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, etc., inmediatamente posteriores a la muerte de un ser querido, sean consideradas en este Manual como un trastorno mental. Esta incorporación del duelo normal habilita a prescribir psicofármacos ante manifestaciones de dolor que persisten más de 30 días. Lo mismo ocurre con la rebeldía, ahora bautizada *Trastorno de oposición desafiante*, denominaciones con las que DSM-V avanza también hacia una medicalización preventiva de la infancia y de la adolescencia.

Estos y otros *nuevos diagnósticos* que podrían ser extremadamente comunes en la población general, sumado a la asociación de umbrales diagnósticos cada vez más bajos para muchos desórdenes existentes, podrían incrementar dramáticamente las tasas de trastornos mentales y con ello engrosar el segmento de población posible de la administración de los fármacos correspondientes. Asimismo, los procesos inherentes a la vida misma -malestares, padecimientos, singularidades que escapan de las normas, etc.- son nominados como enfermedades y frecuentemente sometidos a tratamiento farmacológico (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

De este modo, un cierto tipo de ordenamiento comienza a regir las organizaciones patológicas, de manera que las figuras de la patología que componen el dominio de la clínica resultan determinadas en sus formas. Posteriormente diversas operaciones son autorizadas en el lazo social a fin de suprimirlas, buscando incidir directamente en el organismo, es decir, en el cerebro y sus correlatos. "La ideología en este sentido se renueva y se expande adquiriendo estatuto de "evidencia científica" después de repetirse *ad infinitum* en el discurso sin medias palabras que difunde rápidamente todo aquello que la ciencia encuentra en su legitimación" (Costa-Moura, 2012, p. 29).

En consecuencia, un ideal de normativización se extiende de manera panóptica sobre la sociedad toda y encuentra en los manuales internacionales de psiquiatría una herramienta privilegiada, un modo de catalogar a las poblaciones para ubicarlas en un nuevo orden que se ve directamente afectado por el oscurantismo paradójico que vehiculiza la ciencia (Vitale, 1996). En tanto la salud mental supone el entrecruzamiento de los registros: político, científico y cultural, el diagnóstico psiquiátrico así concebido, se torna potencialmente una herramienta de control social y un modo de ejercer el poder bajo una suerte de conductismo farmacológico (Lutereau, 2012).

La clínica del fármaco, a cada mal su píldora

El abordaje farmacológico del sufrimiento humano representa por excelencia una de las formas de la eficacia terapéutica en la actualidad. Se ha impuesto en las últimas décadas de una manera extraordinaria en la práctica médica. Ha penetrado la clínica con una fuerza inusitada hasta su transformación, conmoviendo -por vecindad- a la práctica analítica.

Cuando la disciplina psicoanalítica tuvo su surgimiento el campo de la medicina disponía de un espectro acotado de medicamentos, todavía poco eficaces o con escasa incidencia sobre el padecimiento mental. La revolución terapéutica provocada por el uso de psicofármacos, tal como se la conoce en el presente comenzó a fines de la década del 50 con la introducción de los neurolépticos primero y de los antidepresivos y los ansiolíticos luego (Laurent, 2004). Hoy el empleo de psicofármacos está incorporado a la cotidianeidad, al punto extremo de la banalización de su uso. Dice Eric Laurent:

Estamos ahora sumergidos en el medicamento. Está omnipresente en nuestro campo. Trastoca la clínica. Define ideales de eficacia, transforma a las instituciones médicas, triunfa sobre la tradición y los significantes amo. Es objeto de demandas neuróticas, de exigencias psicóticas y de usos perversos. [...] Se instala, se extiende, está especialmente como en su casa en nuestro campo. ¿Es nuestro amo? (Laurent, 2004, pp. 37-38)

Actualmente el recurso a los psicofármacos se ha masificado y estandarizado, bajo el fundamento de un sustrato orgánico del padecimiento psíquico. Precisamente, el auge de la neuropsiquiatría reduce la etiología de los trastornos mentales a alteraciones en los neurotransmisores responsables “de procesos electroquímicos de transmisión de información molecular a nivel de las sinapsis y de las redes neuronales” (Pujó, M., 2008, p. 17). Así, la noción de conflicto es sustituida por la noción de causalidad directa en la célula, negando toda posible etiología psíquica. En consecuencia, el tratamiento –que implica una acción que incida en la producción de las sustancias comprometidas- daría prueba con sus efectos de la base orgánica de la afección. Ya sea por herencia genética o por carencias en la síntesis neuroquímica, la enfermedad sería un déficit biológico subsanable farmacológicamente.

De este modo, se somete al sujeto a todos los intentos posibles de reducción a las leyes naturales. Podría verse en ello el resurgimiento del modelo anatómo-fisiológico del sufrimiento anímico, tal como en la época de Freud, esto es, alteración fisiológica sin lesión de órgano. No obstante, no se trataría de un mero *revival*, ni de un retorno a un empirismo ingenuo. La referencia a mecanismos neurobiológicos subyacentes debe considerarse secundaria y subordinada a la prescripción medicamentosa y, consecuentemente, a los intereses de los laboratorios (Vitale, F., 1996), en el contexto de una mercantilización de los estados de ánimo.

En efecto, no puede soslayarse que en tanto la salud se consolida cada vez más como un importantísimo objeto de consumo, el enorme desarrollo de la industria farmacéutica deviene una cuestión de macroeconomía. Lo que implica introducir consecuentemente a los medicamentos en la serie de objetos que se ofrecen en la cultura, como un objeto más del mercado que tapona la falta en ser. Es decir que el remedio es inseparable del Otro como tal, Otro de la cultura.

El consumo de sustancias no solo con fines terapéuticos, incluso anestésicos, permanece asociado al imperativo de felicidad de la época actual, propio del ideal capitalista. No se puede estar mal, hay baja tolerancia -por ejemplo- a las pérdidas, que ya no se tramitan por la vía del duelo, se mitigan por la vía del fármaco. Hay una exaltación del psicofármaco como recurso no solo terapéutico, sino anestésico, para afrontar el cotidiano vivir.

Esta relación del sujeto con las sustancias –paliativa del dolor de existir- ha estado presente en todas las épocas, en *El malestar en la cultura* Freud las incluye en la serie de las poderosas distracciones que ayudan a soportar las miserias de la vida, dice allí:

Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos («No se puede prescindir de las muletas», nos ha dicho Theodor Fontane). Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella. Alguno cualquiera de estos remedios nos es indispensable (Freud, S., 1930b, p. 3024).

No obstante, lo que diferencia esta actualidad de la freudiana es la tendencia al consumo masivo de sustancias, donde los psicofármacos se incluyen en una lógica de mercado, que impone el consumo generalizado de los objetos producidos por la ciencia como mercancías al alcance del sujeto.

En tiempos de una satisfacción ordenada compulsivamente al modo del imperativo superyoico, goza!, el ideal de consumo de sedantes, estimulantes, antidepresivos, etc., se constituye por excelencia en la respuesta ante el malestar, una solución que no elimina al malestar mismo sino que lo afirma. Una supuesta y única respuesta en cuyo horizonte se vislumbra el modelo de la toxicomanía, pero donde la relación al mismo permanece disociada. En efecto, Freud -en el texto anteriormente citado- se refiere al químico como el más crudo y efectivo de los métodos para modificar el displacer y sostiene:

Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha de la felicidad y en la prevención de la miseria, que tanto los individuos como los pueblos les han reservado un lugar permanente en su economía libidinal. No sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese 'quitapenas' siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y su nocividad (Freud, S., 1930b, p. 3026).

La paulatina naturalización del uso del psicofármaco desvanece esa dimensión de peligrosidad, extendiendo su prescripción masiva hasta una especie de toxicomanía generalizada, científicamente avalada y socialmente aceptada, cuyas bondades se amplían hasta alcanzar una nueva dimensión: el uso cosmético del fármaco.

Lo que el psiquiatra norteamericano Peter Kramer (1994), en su libro *Escuchando al Prozac*, denominó psicofarmacología cosmética, implica para la psiquiatría el franqueo del límite entre lo patológico y lo estético, límite que la cirugía plástica ha sido la primera rama de la medicina en atravesar. Se trata de la administración de psicofármacos para una indicación que desborda lo terapéutico y que se inscribe en una estética de la personalidad, una práctica que se ha ido instalando de manera concomitante al impacto comercial de los antidepresivos. En efecto, su administración actualmente se extiende a una variedad de situaciones más o menos sintomáticas, que exceden el diagnóstico psiquiátrico de depresión, al menos en su sentido psicopatológico más clásico. Es decir, que su uso no tiene porqué limitarse a pacientes depresivos, sino a personas sanas, para volverlas mas entusiastas y desinhibidas. Si hasta ahora la psiquiatría se había mantenido en el intento de medicar cierto tipo de síntomas considerados clásicamente como patológicos, hoy ha traspasado ese límite en tanto lo que se busca es incidir en el sujeto para transformarlo en alguien más competitivo, más avenido a los tiempos que corren (Godoy, 2006). Se introduce entonces la idea de que es posible lograr cambiar la personalidad con una píldora (Sinatra, 1994).

En consecuencia, la clínica psiquiátrica actual se construye en función del fármaco como el elemento que se pone en juego y la organiza. Es una clínica que toma como base la respuesta estándar a la administración de una sustancia química, esto es, que aborda las sintomatologías –o los fenómenos más o menos sintomáticos- en función de cómo se comportan ante la influencia de un determinado medicamento y a partir de allí define los trastornos por su respuesta al químico (Godoy, 2006).

De manera que, si el avance de la neurobiología fue generando una clínica que hoy aparece ordenada en torno a los efectos que produce el fármaco, se debe considerar la incidencia que los desarrollos de la psicofarmacología van operando en

la presentación de los síntomas. Es decir, las consecuencias el progreso de la medicina sobre lo real del cuerpo, que muestran cómo la marcha de la ciencia altera en el sujeto la experiencia del mismo (Costa-Moura, 2012).

En el presente recorrido no se pone en cuestión la importancia del medicamento, sobre todo para algunos padecimientos mentales. Por el contrario, la utilización de sustancias psicotrópicas desde mediados del siglo pasado modificó el paisaje de la locura, despoblando poco a poco los manicomios y remplazando el chaleco de fuerza por la envoltura medicamentosa (Roudinesco, 2000). Asimismo, aún en el campo de las neurosis hay veces en las que el recurso a los medicamentos permite a alguien comenzar a hablar, abriendo la posibilidad de acceso al psicoanálisis. Lo que se cuestiona es su uso generalizado, por ende indiscriminado y abusivo, muchas veces con carácter anestésico del dolor de existir.

Entonces, si durante largo tiempo la relación del psicoanálisis con el medicamento se situó como una relación de exterioridad, actualmente el psicofármaco constituye un recurso de trascendencia tal que ya no es posible desconocerlo, aún en el seno mismo de la práctica analítica, puesto que –además– hoy son los propios sujetos los que lo reclaman en nombre de la futilidad de un sufrimiento del que bien puede librarse rápidamente con la sustancia indicada.

TCC: eficacia por condicionamiento

La asociación entre neurociencias, industrias farmacológicas y cognitivismo constituye la nueva logística del emplazamiento técnico, el *formato científico* de la eficacia terapéutica en la actualidad (Alemán, J., 2009a). Por lo que aún sin haber logrado –al menos hasta el momento– un desarrollo demasiado próspero en la región, las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) ameritan su consideración, en cuanto se han constituido en los últimos años en las preferidas de la ciencia y del mercado de lo mental a nivel internacional. Perfilarse como las únicas validadas científicamente y las que mejor se adaptan a las demandas de la institución médico-psiquiátrica y neurobiológica, les ha abonado el camino al éxito y asegurado el podio de la eficacia. En efecto, se trata de una propuesta terapéutica que, en su producción de resultados medibles y a corto plazo, se articula bien con el furor de curar, con la avidez de eficacia y control de las administraciones sanitarias y con los procesos de evaluación y protocolización que dan sustento –con su fundamentalismo cuantificador– al discurso científico y su derivado, la industria neuro-química.

La seguridad del dato empírico como evidencia y la garantía de objetividad del método experimental en la investigación de resultados, les permite el adjetivo de científicas, condición indispensable para que una práctica psicoterapéutica logre credibilidad en esta época de la modernidad que excluye toda apelación a lo sobrenatural (Keegan, 2007).

La diferencia entre la psicoterapia científica y las demás prácticas es que la primera intenta explicar los efectos logrados apelando a diseñar teorías y técnicas que cumplan con ciertas condiciones básicas del método científico. Deben ser comunicables, poder ser replicadas y someterse al veredicto de la investigación empírica adecuadamente diseñada y controlada. Las hipótesis no deben ser simplemente plausibles, deben mostrar solidez en la contrastación empírica (Keegan, 2007, p. 23)

De modo que, desde esta perspectiva, la división de aguas a nivel psicoterapéutico se establece entre científica o sobrenatural. Por lo que, pese a la variedad de enfoques, concepciones e implementación, las TCC en plural, conforman -gracias a este sustrato empírico- una suerte de lenguaje totalizador al amparo de la invocación explícita a la cientificidad de sus procedimientos. “La prevalencia del paradigma cognitivo en nuestra época se evidencia justamente en esta capacidad de servir como marco de referencia general para una variedad de teorías y tratamientos que difieren, sin embargo en muchos aspectos relevantes” (Keegan, 2007, p. 190).

Aaron Beck y Albert Ellis son los fundadores y principales exponentes de la corriente predominante del cognitivismo actual, surgida entre la década del 50 y del 60. Para esta posición el sufrimiento resulta de distorsiones cognitivas, de errores de pensamiento, cuyo tratamiento estará basado en la corrección de los mismos a través de una serie de procedimientos racionales de aprendizajes reducativos. De manera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas influye positivamente en los estados afectivos y las pautas de conducta (Beck, A., Rush, A. J., Shau, B. F. y Emery, G., 2003)

En tanto para las TCC el sujeto consiste en un procesador de información de base neurológica, los síntomas representan trastornos o desórdenes en el procesamiento mismo de la información. La eficacia terapéutica radica, entonces, en ajustar el sistema de procesamiento de la información a la realidad (Keegan, 2001), por lo cual la posición del terapeuta cognitivo en la dirección del tratamiento consiste en ayudar a pensar, y en consecuencia a actuar, de manera más realista y por consiguiente más adaptativa.

Sin consideración a la pulsión, a la transferencia, o a las resistencias, las TCC no están -sin embargo- exentas de tener dificultades relativas al goce del síntoma, a la compulsión a la repetición, al beneficio de la enfermedad, es decir, a la estructura misma del sujeto. ¿Qué hacer cuando el sujeto se rehúsa a los intentos de ser conducido en entrevistas estandarizadas, de ligarse a cuestionarios diagnósticos y a la aplicación de tablas de modificaciones decisionales? Uno de sus principales problemas, revela Keegan (2012), radica justamente en la ambivalencia de los pacientes frente al cambio, en una lógica de abordaje cuya eficacia requiere de sujetos altamente motivados para el tratamiento. Esta dificultad condujo al desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de la motivación, bajo la ilusión del control de la voluntad y de obtener la engañosa coincidencia entre aquello que se demanda y lo que se desea en relación a una cura.

En consecuencia, la perspectiva cognitiva-comportamental opera con la idea de que es posible, -guiados por el pensamiento-, una armonía con el goce, imposibilidad radical desde la perspectiva analítica que Lacan formuló a partir del Seminario *De un otro al otro* (1968) bajo el axioma “no hay relación sexual”, y que representa esa dimensión de lo real sin acomodo a ningún pensamiento.

He aquí que podría sostenerse que el aspecto sustancial donde el psicoanálisis se distancia de la posición de las TCC, no sería tanto el postulado de que el sujeto está preso de sus esquemas cognitivos y sufre de sus significaciones, sino en la causación de los mismos y en la razón por la cual se aferra a ellos, aun cuando no hacen otra cosa que mortificar su vida. Por cuanto -entonces- no hay “corrección” posible del pensamiento que no devenga de conmover la dimensión pulsional que lo sostiene.

De manera que, en tanto esta práctica psicoterapéutica es claramente una práctica de condicionamiento, en el dispositivo analítico el significante tiene la

capacidad de borrar huellas del condicionamiento del Otro, fijadas por su ligazón a la pulsión. En tal sentido, sostiene Silvia Amigo:

El uso del significativo es una avanzada del psicoanálisis para borrar las huellas de los condicionamientos que nos condicionan, valga la redundancia, mientras las terapias cognitivo conductuales, intentan hacer huellas nuevas, más performantes. Para oponerse a huellas patógenas, el psicoanálisis va a intentar tratar aquello que para las ciencias es intratable: el sujeto mismo que surge del borrado de la huella del condicionamiento. Es que a diferencia de las terapias cognitivo conductuales, no proponemos nuevos condicionamientos, sino la posibilidad de que el sujeto se desmarque de los condicionamientos que venían decidiendo su destino (Amigo, 2009).

La modificación de esquemas cognitivos y conductuales con el consecuente empobrecimiento y la contractura de la actividad del sujeto, se acopla sin dificultades al reduccionismo biologizante de la psiquiatría contemporánea, en tanto se trata -en un caso- de incidir directamente en el organismo, es decir, en el cerebro y -en el otro- en su correlato, el órgano procesador de la información, también de base neurológica. De este modo se borra la implicancia subjetiva y la responsabilidad del sujeto sobre el padecimiento. En la asociación de patrones conductuales a elementos físico-químicos y fisiológicos, el sujeto es reducido en extensión hasta convertirse en un lujo o, simplemente, en un desecho, lo que a la postre representan lo mismo, esto es, “un resto que puede ser excluido, expulsado del resultado buscado por la ciencia” (Costa-Moura, 2012, p. 29).

La felicidad como exigencia: el superyo terapéutico

En el actual régimen de la civilización hipermoderna (Lipovetsky, 2006) la búsqueda de la felicidad permanente, de la euforia constante, de eliminar el dolor y el sufrimiento, es decir, de hacer primar el principio del placer, ha devenido –al decir de Pascal Bruckner (2002)- en un *nuevo orden moral*: el deber de ser feliz, una suerte de compulsión casi enfermiza por la felicidad a cualquier precio. En efecto, el bienestar permanente, promovido por el impulso de la tecnociencia en su acuerdo tácito con el discurso capitalista, se ha tornado hoy un imperativo moral, normativizante, para la sociedad toda. Dice Bruckner al respecto:

La felicidad, no contenta con haber entrado en el programa general del estado de bienestar y del consumismo, se ha convertido además en un sistema de intimidación de todos por cada cual, del que somos víctimas y cómplices a la vez (Bruckner, 2002)

El furor de curar, la exigencia de eficacia pragmática que pesa sobre las prácticas terapéuticas, encuentran en ello su legitimación normativa. La salud se transforma en un imperativo, una nueva *moral de lo cotidiano* (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012) que pasa por el control del cuerpo, de los hábitos y por el consumo de los artículos y los procedimientos adecuados. De modo que:

En lugar de admitir que la felicidad es un arte de lo indirecto, que puede lograrse, o no, a través de metas secundarias, nos la proponen como objetivo inmediatamente a nuestro alcance, y lo rodean de recetas para conseguirlo. Sea cual fuere el método elegido, psíquico, somático, químico, espiritual (Bruckner, 2002).

Lacan anticipaba en su Seminario sobre *La ética del psicoanálisis* esta entrada de la felicidad en la política, esto es, hacer de la felicidad una cuestión de estado, lo cual determina que “no podría haber satisfacción para nadie fuera de la satisfacción de todos” (Lacan, J., 1959-1960, p. 348). La felicidad ya no es asunto de cada cual, se ha constituido en un factor de la política. Richard Layard, economista inglés, asesor del gobierno británico, constituye un exponente por excelencia de esta política de la felicidad. En su libro *La Felicidad, Lecciones de una Nueva Ciencia*, afirma:

La mejor sociedad, sostenía Bentham, es aquella en la que los ciudadanos son más felices. Por lo tanto, la mejor política será la que genere una mayor felicidad; y, cuando se trate de la conducta privada, la acción moral más correcta será aquella que dé más felicidad a las personas a las que afecte. Éste es el Máximo Principio de la felicidad: fundamentalmente igualitario, porque la felicidad de todos cuenta por igual; y también fundamentalmente humano, porque sostiene que en última instancia lo que importa es lo que sienten las personas (Layard, R., 2005, p. 16).

Pero Layard, curiosamente, encuentra en la ciencia los fundamentos de su propuesta política, lo que da lugar a su *nueva ciencia*, la ciencia de la felicidad. Expresa:

Cuando tomé contacto con los avances en la neurología, todo me cerró, porque ahora se encontró el área del cerebro en que la gente experimenta la felicidad, y el concepto de electromagnetismo de esas zonas está directamente relacionado con lo que la gente dice respecto de sentirse o no feliz. Por fin podemos pensar en la felicidad como un fenómeno objetivo y estudiarlo en términos de políticas públicas (Layard, 2006).

La posibilidad de legislar sobre el bienestar de las poblaciones, encuentra para este autor su evidencia empírica en el organismo, de modo que se puede medir la felicidad de una sociedad de una manera objetiva, hay un índice de la felicidad.

No obstante, “el paso de la exigencia de felicidad al plano político tiene sus consecuencias” (Lacan, J., 1959-1960, p. 362) El anhelo de ser feliz puede ser muy loable, pero la obligación de la felicidad es una condena, es una obligación social que genera frustración constante. De manera, que el empuje al hedonismo conlleva también a su reverso, la extensión generalizada de la depresión.

No sólo la felicidad constituye, junto con el mercado de la espiritualidad, la mayor industria de la época, sino que es también, y con la mayor exactitud, el nuevo orden moral: por eso prolifera la depresión, por eso cualquier rebelión contra este pegajoso hedonismo invoca constantemente la infelicidad y la angustia. Somos culpables de no estar bien, un mal del que tenemos que responder ante todos los demás y ante nuestra jurisdicción íntima (Bruckner, 2002).

Extraña contradicción de la doctrina de los placeres, -continúa planteado Bruckner-, transformar la incierta espera de la felicidad en un juramento y una amonestación a la vez. Nuevo orden normativo, de carácter superyoico, que desemboca en el aburrimiento, la apatía o la culpa y explica la extensión actual de la depresión como síntoma social, contracara de la misma fórmula: felicidad para todos. De manera que esta consecuencia paradójica de la cultura del hedonismo por imposición, revela aquello que se pone en juego, un verdadero empuje generalizado al goce, ya sea bajo su forma pulsional en relación a un objeto parcial, o en su más

allá de este objeto, como plus-de-gozar buscando abrazar la pulsión de muerte, tal como Freud la conceptualizara (Fajnwaks, 2008). Las patologías del acto se hacen cada vez más frecuentes, individuos aburridos o con una angustia indeterminada pero persistente dan cuenta de las dificultades del sujeto para experimentar su particularidad.

Ahora bien, el imperativo de felicidad como exigencia superyoica no cede antes sus propios efectos, sino que redobla la apuesta por la vía terapéutica, dando lugar a una nueva versión del superyo: el superyo terapéutico. Layard lo especifica bien cuando dice:

Sabemos que en los países desarrollados la principal causa de infelicidad es la enfermedad mental. Una de cada seis personas sufre de depresión clínica o desórdenes de ansiedad crónica que son perfectamente tratables, pero en la mayor parte de los países menos de un cuarto de quienes sufren estos problemas son asistidos. ¡Una de las principales causas de infelicidad es de fácil arreglo y no lo aprovechamos! El Estado debería ofrecer las drogas adecuadas, o una terapia conductivista de no más de 15 sesiones (Layard, 2006).

Entonces el programa de la felicidad, en su fracaso, se vuelve realizable por la vía de la terapéutica, con la adecuada elección de los métodos de tratamiento sería posible hacer entrar al sujeto en el régimen del principio del placer, en un acuerdo ilusorio con su goce. Por el contrario, sostiene Laurent, “las falsas promesas de felicidad se transforman en exigencias superyoicas” (Laurent, 2008b, p. 151), las imposiciones de eficacia también. El superyo terapéutico que, como todo mandato superyoico enuncia una orden de goce, refuerza el lazo al goce que se trataba de vaciar. Porque este nuevo superyo no está del lado de la culpa, sino del plus de gozar. Así, los efectos terapéuticos devienen por tanto efectos superyoicos, sometimiento gozoso a una exigencia de bienestar que se vuelve en contra del sujeto bajo la forma de la tiranía. “La gente usa el antidepresivo igual, sin depresión, -dice Laurent- por ser solo una promesa de felicidad de la civilización” (2008b, p. 151). Y continúa:

Es con el psicoanálisis que tenemos la posibilidad de interpretar estos efectos superyoicos, que empujan a gozar de esta sustancia nueva producida por la industria. No es un tóxico letal. No es un tóxico ilegal. No es la cocaína, el éxtasis, etc. Es un tóxico acotado, que tiene una eficacia en algunos aspectos. Pero precisamente porque es eficaz entra en la categoría superyoica establecida por Lacan, “todo lo posible es obligatorio” (Laurent, 2008b, p. 151).

La reacción terapéutica negativa revela en el seno de la experiencia analítica los infortunios que conlleva el imperativo terapéutico que hace a la curación obligatoria y la resistencia que ofrece a ello la propia estructura del sujeto. De modo que la posibilidad de una eficacia terapéutica que habilite a salir de los imperativos superyoicos de la organización actual de la civilización, supone poner en operativa la función del deseo. Y lo que en psicoanálisis se denomina deseo se opone a la felicidad como homeostasis y como ideal universal (Laurent, 2008b), puesto que, como Freud ha enseñado:

La felicidad considerada en el sentido limitado, cuya realización parece posible, es meramente un problema de la economía libidinal de cada individuo. Ninguna regla al respecto vale para todos; cada uno debe buscar por sí mismo la manera en que pueda ser feliz (Freud, S., 1930b, p. 3029).

El correlato de la transferencia en las terapéuticas actuales

Si el imperativo de eficacia que pesa sobre las prácticas, así como la exigencia de felicidad de la época conforman un nuevo superyo, el superyo terapéutico, ¿qué papel juega allí el psiquiatra, el psicoterapeuta, incluso el analista?

Se ha trabajado en el Capítulo III las consecuencias de la posición de Freud en la transferencia, respecto de la irrupción de goce en la cura que representa la reacción terapéutica negativa. Si a partir de ello puede suponerse que su posición determina esa emergencia de goce, ¿en qué términos es posible pensar la transferencia en las terapéuticas imperantes en el campo psi y qué incidencia tiene en lo concerniente a sus efectos terapéuticos?

La dimensión transferencial de la medicina en tanto práctica curativa se encuentra presente desde tiempos inmemoriales, aún antes –por supuesto- de ser nombrada por Freud de ese modo. Ahora bien, hoy esta dimensión se ha visto afectada por la incidencia que ha tenido el exponencial desarrollo de la ciencia y que viene a conmovir la eficacia terapéutica de su clínica.

La exposición de Lacan sobre “Psicoanálisis y Medicina” (1966), es de gran actualidad para considerar estas mismas cuestiones, puesto que constituyen una suerte de anticipación de lo que puede verificarse como un paradigma sumamente acentuado en estos días. Allí se refiere a la función del médico y al acelerado cambio que se estaba produciendo en su posición, como consecuencia de la influencia del discurso científico en la medicina; y señala las transformaciones que enfrenta no solo la función del médico, sino su personaje, ya que éste –afirma- constituye también un elemento importante de su función. Históricamente, a través de los tiempos, el médico ha permanecido con gran constancia en una posición de prestigio y de autoridad. Herencia de su antigua función sagrada, esa autoridad hace posible que en la relación con el enfermo “el médico al recetar, se receta a sí mismo”, es decir que el médico es indisociable de la cura que prescribe. Con la vertiginosa entrada de la medicina en su fase científica y “provisto de nuevos poderes de investigación y de búsqueda, el médico se encuentra confrontado con problemas nuevos” (Lacan, J., 1966, p. 98). Paradójicamente la extensión de los poderes terapéuticos de la medicina no son tributarios de una extensión de la autoridad y del poder médico, que se desplaza –en dirección inversa- hacia el poder generalizado de la ciencia, la que a su vez le demanda en un nuevo rol. Dice Lacan:

[...] el mundo científico vierte entre sus manos el número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que pone a disposición del público, y le pide al médico, cual si fuera un agente distribuidor, que los ponga a prueba (Lacan, J., 1966, p. 99).

Lacan se pregunta entonces, dónde está el límite en que el médico debe actuar, hasta qué punto debe responder a esa posición que lo convierte en el “empleado de esa empresa universal de la productividad” (p. 99).

De manera tal el médico va perdiendo posición en la transferencia, dejando paulatinamente de formar parte de la terapéutica y cediendo su lugar a la eficacia de los instrumentos que le provee la tecnociencia. En psiquiatría esto resulta por demás evidente, el psiquiatra en aparente desconocimiento de que forma parte del remedio, desplaza su eficacia a la píldora. La transferencia es a la sustancia, al fármaco como objeto.

En este panorama, Lacan sitúa la posibilidad de supervivencia de la posición específicamente médica en el mundo a partir de dos dimensiones: la primera es la

de la respuesta a la demanda del enfermo, dimensión en la que sitúa "la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica". La segunda dimensión en juego es la de la ética en relación a su referencia al goce. Dice respecto de la demanda:

En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa suerte de poder generalizado que es el poder de la ciencia brinda a todos la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que yo llamo la demanda. Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica (Lacan, J., 1966, p. 91).

Adviértase que Lacan no se refiere simplemente a responder a la demanda del enfermo, sino al modo de respuesta, lo que implica tomar en consideración "la significación de la demanda", a saber, "la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo". En ello radica la originalidad de esa dimensión que llama demanda, en el hecho de que "cuando cualquiera, nuestro mejor amigo, sea de sexo masculino o femenino nos pide algo, no es del todo idéntico e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea" (Lacan, J., 1966, p. 92). De modo que:

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad (Lacan, J., 1966, p. 91)

En otras palabras, a contrapelo de la equivalencia que la ciencia establece entre simbólico y real, la demanda del enfermo no se corresponde a una demanda de curación entendida como la correspondencia entre curación y acción terapéutica sobre un cuerpo afectado por un padecimiento. Por esta vía, Lacan introduce la segunda dimensión orientadora para la posición del médico, que es la referencia al goce, al goce de la enfermedad, en definitiva, al goce del cuerpo. La necesaria referencia a la dimensión pulsional, determina la posición ética en relación al sujeto, de una ética que se extiende justamente en la dirección del goce.

Las terapéuticas actuales, y en esto no se diferencian la psiquiatría de las psicoterapias, hacen coincidir la demanda del paciente con un deseo de curación, desconociendo la vertiente de la satisfacción pulsional en juego, con la que -no obstante- tienen que vérselas. En consecuencia, en la respuesta a la demanda se articula la coincidencia imaginaria del deseo de curar del terapeuta (dicho en sentido amplio, psiquiatra, psicólogo, etc.) con el deseo de curarse supuesto al paciente y de ese modo se encarna al superyo terapéutico empujando al goce en transferencia. Inversamente, denegar las satisfacciones sustitutivas tal como lo exige la regla de abstinencia en la cura psicoanalítica, propicia la pregunta por el deseo, causando al sujeto que es convocado allí a responder por él.

Por tanto, concluye Lacan, la única posición desde donde el médico puede mantener la originalidad de su función, es la de "aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo se pueda hacer llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda" (1966, p.

97). Al final de esta demanda de saber, tiene lugar la función de la relación con el sujeto supuesto saber, en donde se soporta precisamente la transferencia.

En la medida en que más que nunca la ciencia tiene la palabra, más que nunca se sostiene ese mito del sujeto supuesto al saber, y esto es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia en tanto que remite a lo más arraigado del deseo de saber (Lacan, J., 1966, p. 98)

Ahora bien, es preciso revisar la relación actual del sujeto al saber para situar en su justa medida la transferencia en la clínica contemporánea. Zubermañ (2008) en su texto *La eficacia del Sujeto supuesto Saber y la eficacia de la creencia en Alguien* diferencia entre los términos suposición y creencia para distinguir la posición del analista de la del médico o del terapeuta. Sostiene que en tanto la creencia sustenta la relación con estos últimos, la disposición a hablarle a un analista se sostiene en el saber dicho en transferencia. Y agrega:

La suposición (suppositio) función simbólica, hace a la constitución del Sujeto supuesto Saber en el análisis de los neuróticos. En esta transferencia simbólica, la eficacia es el saber supuesto que se atribuye a un sujeto y que permite hablar tanto como el dios de Descartes o el de Spinoza. Ese hablar va teniendo su eficacia en la medida que el Sujeto supuesto Saber funciona como garante de cuanto el analizante diga (Zubermañ, J., 2008, p. 74).

Continúa diciendo el autor que el hecho de que el Sujeto supuesto Saber se “deposite en alguien”, lo que dará lugar que partir de allí se le denomine analista, no constituye lo mismo que “creer en Alguien” (con mayúscula), que todo lo ve, que todo lo conoce, por tanto “sabe de mí antes de que hable” (Zubermañ, J., 2008, p. 75), posición que bien puede ubicarse en el psiquiatra, el terapeuta incluso el chamán.

En tiempos de predominancia del discurso capitalista, la relación al saber que Lacan escribe sobre la barra se asemeja bastante al consumo de conocimientos. De manera que al separarse la relación entre sujeto y saber esto deja lugar, por oposición, para el tremendo auge contemporáneo de saberes, tanto de conocimientos científicos, como de creencias primitivas, esotéricas, de los fundamentalismos y de los saberes absolutos. “Entonces la erudición consumida de un saber totalizado, y la creencia que conjuga Ideal y sujeto hacen dos caras de la misma moneda que reniegan de la singularidad del sujeto” (Zubermañ, J., 2008, p. 75)

De modo que en la clínica de la actualidad se torna fundamental la distinción entre creer en Alguien y suponer el saber. Aquellas prácticas que se sostienen en la creencia en Alguien “que me mira o me habla” operan con los fundamentos de la hipnosis que acoplan Ideal y objeto. La experiencia de la suposición de saber es de otro orden, sobre todo porque el analista sabe de la importancia de sostener esa posición tanto como de su necesaria caída. Al respecto Lacan sostiene que:

[...] a partir del momento en que se comprueba que la transferencia es el sujeto supuesto saber, él, el psicoanalista es el único que puede poner esto en cuestión, es que, si esta suposición es en efecto muy útil para embarcarse en la tarea psicoanalítica, a saber que hay un —llámenlo como quieran, el omnisciente, el Otro— que ya sabe todo eso, todo lo que va a pasar, por supuesto no el analista pero hay uno, uno puede jugarse. El analista no sabe si hay un sujeto supuesto saber y sabe incluso que de lo que se trata en el psicoanálisis, en virtud de la

existencia del inconsciente, consiste precisamente en borrar del mapa esa función del sujeto supuesto saber (Lacan, J., 1967-1968. Clase 7-2-68).

Las terapéuticas actuales por el contrario sostienen el lugar del Otro en la transferencia haciéndolo coincidir con la persona del terapeuta, quien encarna efectivamente el saber y el lugar de la representación del Ideal para el sujeto. En consecuencia, si hay coincidencia entre transferencia y sugestión, se trata del campo de la terapia. El acto analítico conduce, contrariamente, a impedir que el análisis devenga satisfacción sucedánea de la pulsión. En tal sentido, afirman Delgado y Goldemberg (2005), que se trata precisamente de lo inverso a la sugestión o a la hipnosis. Dicen estos autores:

El análisis sería la hipnosis a la inversa. La posición del analista invierte aquello que es llamado a encarnar por el sujeto, el Ideal. Si el analista responde a la demanda se instala la sugestión [...] Si en lugar de encarnar la representación del Ideal el análisis evoca el punto de falta de representación se constituye en causa del decir, pone a trabajar al sujeto, aprovechando la sugestión para producir un trabajo psíquico y permite la experiencia de esa hiancia que divide al sujeto, en tanto un saber singular se acumula en el análisis. Saber de la castración, de la pulsión. En otras palabras saber de la imposibilidad del Otro, saber de la singularidad del goce (Delgado, O. y Goldenberg, M., 2005, pp. 70-71)

Efectivamente, del lado del analista se trata de una posición que permita soportar la inconsistencia del Otro, su falta de garantía, sin ceder al imperativo de goce del superyó. Del lado de las prácticas sugestivas, -que no solo incluyen el ámbito de las psicoterapias por la palabra, los efectos de sugestión son posibles de hallar en la administración de psicofármacos, en relación al médico o al medicamento, más allá de la incidencia de la sustancia en lo real del cuerpo-, se trata del saber completado por el sentido, del bien para todos, de la autoridad –más o menos vapuleada- del médico, en consecuencia, del superyo terapéutico de la civilización.

En la 28° de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (Freud, S., 1916-17) “La terapia analítica”, Freud plantea que las prácticas basadas en la sugestión directa constituyen una batalla contra la exteriorización de los síntomas, en definitiva, una lucha entre la autoridad del médico y los motivos de la enfermedad. Al ejercerla no se hace caso de los motivos, solo se exige al enfermo que sofoque la exteriorización de los síntomas. A lo que se apela es a la autoridad del padre, precisamente lo que el sujeto rechaza con el agravamiento en la reacción terapéutica negativa.

De modo que estos son los términos en que sería posible pensar la transferencia en las terapéuticas imperantes en el campo psi, por la función de una palabra o una sustancia que ejerce su acción por la sustitución del yo del sujeto – como dice Lacan respecto de la sugestión (1954-1955)- por la autoridad terapéutica de turno. La incidencia de esta posición sobre el sujeto concurre en dirección del goce: al plus de goce de la psicofarmacología, para nombrar este goce del químico fuera del lazo, o al goce del sentido que se satisface ad infinitum en la psicoterapia.

En el dispositivo analítico, se trata de la puesta en función del significante de la transferencia que contraviene a la sugestión y quebranta el saber del sentido, en tanto:

[...] esta práctica, a diferencia de las psicoterapias, se sostiene en un trabajo del significante y no del sentido. Que es del exceso de sentido de lo que hay que curar. Desde esa perspectiva nuestro trabajo es en contra del sentido que siempre está velando algún goce (Álvarez, 2006, p. 233).

VI.2. Aporte del concepto de reacción terapéutica negativa para la clínica de la época

La eficacia terapéutica del síntoma

”Hay eficacias que son las eficacias del inconciente y que producen, como dice el texto clásico de Freud, síntomas inhibiciones, angustias” (Vegh, 2008, p. 24), de modo que “la eficacia del psicoanálisis tiene que encontrar para ejercerse, aquello que fue eficaz en la formación del inconciente” (Yankelevich, 2008, p. 67).

En esta época de la eficacia técnica y de la urgencia terapéutica, recuperar la función del síntoma tal como se concibe desde Freud en adelante tiene una importancia radical. Que el síntoma tiene su utilidad es una aportación fundamental que el psicoanálisis puede hacer a todas aquellas disciplinas que de una u otra manera tratan con el síntoma, aun desconociéndolo. Acá la expresión utilidad debe ser entendida como función y como eficacia, puesto que para el psicoanálisis el síntoma cumple una función en la economía libidinal y es una función que tiene su eficacia en la estructura. Es por tanto una función necesaria, indispensable.

De manera que a la eficacia terapéutica que impone la clínica psiquiátrica o psicoterapéutica se le opone desde el psicoanálisis la eficacia del síntoma. Se trata de una concepción del síntoma que hace obstáculo para la ambición de curar contemporánea. Pero a la vez es una concepción en la que se verifica lo que podría llamarse, de cierta forma paradójal, la importancia terapéutica del síntoma (Monribot, 2010).

El advenimiento de la reacción terapéutica negativa es consecuente con esta concepción paradójal. No basta con esclarecer el sentido de los síntomas, tras su desciframiento los síntomas insisten, el sujeto sigue repitiendo, se apega a ellos más que a su bienestar, o más aún, los refuerza frente al posible restablecimiento. Es lo que dice en la experiencia analítica que el síntoma no se reduce al registro de la significación, en él habita un quantum de libido en actividad que escapa a toda posible metaforización y a sus efectos de verdad. Se trata –en última instancia- de un goce pulsional, de una satisfacción pura, oscura y sin ninguna significación. Por este núcleo de goce el síntoma resiste a la interpretación, resiste a ser suprimido por la elaboración de una verdad.

De manera que hay una tensión entre el desciframiento del síntoma y su opacidad pulsional. Esta opacidad introduce la idea de que el síntoma implica un modo de funcionamiento (Lacan, J., 1975-76). O dicho de esta forma: el síntoma no es un disfuncionamiento, sino por el contrario, es un funcionamiento tan eficaz que insiste y se repite de modo imparable. Es algo que el sujeto repite sin poder evitarlo, que tiene la estructura de algo que no puede evitarse, aunque quiera evitarse.

¿Cómo es posible que el síntoma que se presenta siempre como una perturbación, un obstáculo al supuesto equilibrio subjetivo, aportando una cuota de displacer a veces insoportable, pueda ser pensado como un recurso, incluso como una solución? ¿Cuál sería esta función que el síntoma cumple para el sujeto?

En 1912, en el texto *Sobre los tipos de contracción de neurosis*, Freud anticipa esta función del síntoma. Dice allí que el sujeto “enferma en el intento de adaptarse a la realidad y cumplir con la exigencia de realidad, en lo cual tropieza con unas dificultades interiores insuperables” (Freud, S., 1912c, p. 241). Es decir que el síntoma no constituye una inadaptación a la realidad como para otras disciplinas, sino un intento de adaptación a la misma. Un intento de solución frente a las exigencias de satisfacción de la pulsión, por una parte, y de la realidad exterior por otra.

La función del síntoma entonces es la de hacer posible una satisfacción pulsional cuyo sentido está reprimido a causa del yo. Dice en *Los caminos de la formación del síntoma*:

Ya sabemos que los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados (Freud, S., 1916-17, p. 326).

El síntoma resulta en esa nueva modalidad de satisfacción de la pulsión, es el modo en el que se resuelve el conflicto de fuerzas opuestas entre las instancias del aparato psíquico y la vida pulsional. De manera que el síntoma aparece como una respuesta, encierra en sí mismo un auto-tratamiento (Monribot, 2010) que el sujeto se impone ante un real insoportable, en la medida que una fijación sintomática permite acoger las pulsiones que sobrepasan al sujeto. Se trata de una invención del sujeto que condensa un goce a veces muy perturbador, en tanto la dimensión del goce excede a lo que se articula al sentido.

En consecuencia el síntoma impacta en la economía del aparato psíquico donde juega una función preponderante a la vez que paradójica. La paradoja deviene, por un lado, por cuanto otorga una satisfacción pero que hace de obstáculo al placer, es un funcionamiento disfuncional respecto del placer y, por otro, en tanto que el síntoma podría ser considerado -en suma- como una especie de terapéutica en sí mismo. De manera que antes de precipitarse en su eliminación importa tratar de entrever a qué responde, qué dimensión pulsional se está intentando apaciguar.

Esta perspectiva invierte los términos problema y solución en relación a otras prácticas clínicas. Para el psicoanálisis el síntoma pasa a constituir un intento de solución a un problema, un modo de arreglarse con el problema que representa el goce de la pulsión, por lo que participa del orden de lo real. Por eso la práctica analítica no persigue eliminar lo peor sino regularlo a través del síntoma, el que puede reducirse, en última instancia, al modo singular en el que un sujeto respondió a lo traumático de su existencia.

De manera que toda formación sintomática representa el trabajo del sujeto para construir su defensa frente a la irrupción de lo pulsional, por lo que el síntoma debe ser entendido como el artefacto para tratar ese quantum de energía, es decir, un tratamiento del goce. Esta consideración lacaniana del síntoma significa la posibilidad del pasaje del síntoma como disfuncional al síntoma como función de goce. Como la invención que permite suplir la ausencia de toda armonía posible entre el universo de las normas y lo singular del modo de gozar de cada sujeto. Una solución que es única y por lo tanto irreductible a cualquier modelo clasificatorio (Millas, 2012).

Finalmente, el padecimiento sería el resultado de la constitución subjetiva misma, de la estructura que hace humano al humano y que entraña algo incurable.

Domb sostiene que cuando Lacan formalizó la estructura mostró la imposibilidad existente en ella del siguiente modo: “no hay equilibrio posible entre lo real, lo simbólico y lo imaginario. Dicho de otro modo entre goce, deseo y amor no hay acuerdo, no hay complementariedad. Lacan llamó a esto “no hay relación sexual”” (Domb, 2007, p. 10). Los síntomas son un intento de hacer algo con eso que “no hay”, intentos de taponar ese incurable que el discurso médico ha tratado siempre de remediar a toda costa. Este modo de conceptualizar el padecimiento, como el arreglo de cada uno con su incurable, determina que desde el psicoanálisis no hay un tratamiento para todos, no hay tratamiento general del síntoma, sino que lo hay para cada uno.

No obstante, sería una mala lectura suponer que por el hecho de que el sufrimiento esté en relación a un incurable el psicoanálisis desprecie curar ese sufrimiento. El psicoanálisis cura, si bien es imprescindible aclarar lo que es curar para el psicoanálisis. Quien acude a un analista, lo hace a partir de un malestar, de algo que no funciona y que de una forma u otra, con mayor o menor resistencia aspira a solucionar. No rechazar esa demanda a punto de partida sitúa al analista con un compromiso terapéutico, frente al que no hay porqué retroceder, un compromiso terapéutico que deviene específicamente de la eficacia de su práctica. Alicia Álvarez dice al respecto:

Se suele hablar también de incurabilidad. Si no ponemos atención en qué puede significar esto, corremos el riesgo de generar o terrorismo o tontería psicoanalítica como excusas para no dar razones de nuestra práctica. Lo incurable es ni más ni menos esa cicatriz que como resto, separa la acción del psicoanálisis de cualquier ideal psicoterapéutico. Lo que no borra que en el transcurso de ese trabajo se hayan producido alivios significativos en el padecer del sujeto (Álvarez, 2006, p. 31).

Orientarse por la reacción terapéutica negativa

La reacción terapéutica negativa es un concepto sumamente orientador para la clínica de la época en un sentido amplio. Los efectos del furor curandis sobre las prácticas clínicas y sobre los sujetos de esas prácticas exceden al psicoanálisis. En medicina puede constatarse -como consecuencia de la tremenda exacerbación del ideal terapéutico- lo que se ha dado en llamar el encarnizamiento u obstinación terapéutica, que consiste en someter al paciente a medidas de diagnóstico y tratamiento desmesuradas e injustificadas en relación a la etapa terminal de la enfermedad y que resultan en una dolorosa prolongación de la situación de agonía. El rechazo a la castración, en tanto rechazo al límite de la intervención médica como a los límites que impone la muerte, se encuentra hoy potenciado por la producción cada vez mayor de instrumentos científico-tecnológicos para la extensión de las fronteras de la vida. Las consideraciones de orden ético son por demás evidentes cuando el imperativo terapéutico se encarna en los sujetos de las prácticas como un imperativo de goce: el goce de curar, el goce del gobierno absoluto sobre el real del cuerpo y de la vida.

Freud, por momentos, no estuvo al margen de un entusiasmo inicialmente desmedido. Pensó que la cura de la neurosis era posible, que los pacientes buscaban liberarse del malestar y deseaban la felicidad que les había sido impedida. Esta idea, no obstante, no lo acompañó mucho tiempo. Pronto toda una serie de fenómenos en la experiencia analítica vinieron a contradecir la esperanza de vencer las resistencias, recordar lo reprimido y remover los síntomas por la vía de la

revelación del sentido. Contrariamente, pudo constatar que el sujeto a pesar de quejarse se rehúsa a abandonarlos fácilmente o, más aún, como se revela en la reacción terapéutica negativa, desprenderse de los síntomas puede ser la peor consecuencia del progreso del tratamiento. El sujeto padece, no se tata -por cierto- de poner en duda su sufrimiento, pero no sabe que de eso goza. Hay un núcleo de goce incurable del síntoma que persiste como modo de satisfacción sustitutiva, como forma de castigo, como goce superyoico.

Lacan pone de entrada al síntoma en relación al sentido, a lo simbólico y al deseo, que en tanto formación metafórica inconciente posible de interpretación será, -a la altura de Seminario 5, *Las formaciones del inconciente*-, un mensaje que se dirige a Otro. Pero luego, fundamentalmente a partir del Seminario 22, *R.S.I.*, ubica al síntoma en relación al goce; propone los síntomas como modos de gozar. Este viraje es fundamental para pensar las patologías de la actualidad y ubicar el lugar de la eficacia del psicoanálisis en el campo de las prácticas que aspiran a su curación.

Ahora bien, ¿es equivalente hablar de reacción terapéutica negativa y de posición del sujeto en relación al goce? Resulta frecuente que se produzca un rápido deslizamiento de una cosa sobre la otra, esto es, que se superponga la reacción terapéutica negativa a la noción de goce. No obstante su íntima relación, no son equiparables, en tanto la reacción terapéutica negativa está estrictamente ligada al análisis como resultado y el sujeto está por estructura en relación al goce más allá de un análisis. Lo que diferencia la reacción terapéutica negativa de una posición de goce masoquista es que proviene del seno mismo del dispositivo analítico, representa una respuesta del sujeto en transferencia a la ganancia terapéutica y a la inminencia de pérdida de goce, donde el analista se constituye en el partenaire de esa manifestación masoquista. Fenómeno específico de la cura, entonces, que se presenta en el punto en que se conmueve la relación del sujeto con el núcleo de goce del síntoma. Expresión del goce en la cura y por la cura misma.

Es preciso por tanto despejar las dudas en torno al goce que promueve la reacción terapéutica negativa. Se trata del apego inercial a un sufrimiento gozoso, pero no un apego a cualquier sufrimiento, sino al que proviene precisamente del castigo. Gerez Ambertín (2013) sostiene que en este empeorar al mejorar en la cura hay un llamado al castigo del Otro, necesidad de castigo como culpa muda vinculada a lo real. De manera que la culpa -agrega la autora- es una respuesta del sujeto para cubrir la falta del Otro soportada con dolor pero, a su vez, con un plus de satisfacción. Imperativo de goce que torna tremendamente funesta a la reacción terapéutica negativa porque convoca aquel peor poder del padre, “el castigo del destino, ese gran poder parental” (Freud, S., 1924b, p. 175). Entonces:

La “culpa muda” deja al sujeto en suspenso entre la ley del padre y su falla. Este lado silencioso de la culpa en la R.T.N. se manifiesta en la necesidad de castigo, [...] impide la circulación de la demanda y mantiene vacua la posición del analista: de él no es posible recibir nada, o menos que nada, sólo lo peor: el padecimiento de la enfermedad (Gerez Ambertín, 2013, p. 354).

Así, la necesidad de castigo conlleva un incremento paradójico de la renuncia pulsional, con lo que el sujeto logra un plus de goce mayor al hallado en la satisfacción pulsional misma. La entrega al padre gozador bajo la forma de un masoquismo que conjuga erotismo y pulsión de muerte, acentúa la apuesta al goce por mandato superyoico (Gerez Ambertín, 2013).

Por tanto, la orientación es a abstenerse de toda intención terapéutica que desculpabilice al sujeto, aunque tampoco es posible consentir en la cura la

permanencia del sujeto en la culpa, ¿entonces qué posición ética le cabe al analista?

La reacción terapéutica negativa hace transitar a todo analista por lo que Lacan llama una *aporía ética*: ¿por qué un analista llevaría la cura hacia su empeoramiento?, en suma, ¿por qué un análisis que pretende reducir el goce del sufrimiento precipitaría a la potenciación de ese goce? Peligrosa cornisa en la travesía de un análisis: presencia de lo real en la cura, por el lado del superyo, que atrapa al analizante bajo la inercia del objeto (Delgado, O. y Goldemberg. M., 1998, p. 319).

Para Gerez Ambertín son necesarias dos estocadas al goce para sortear la reacción terapéutica negativa, a saber:

[...] por un lado con su acto el analista debe vencer su resistencia y salirse del lugar de padre gozador donde el analizante lo coloca y, al mismo tiempo, efectuar el movimiento para que el analizante pueda confrontarse con el duelo por el objeto a, lo que permitirá el pasaje de la culpa muda a la culpa inconsciente y, de ésta, al asentimiento subjetivo de su goce con el cual no deja de estar implicado (Gerez Ambertín, 2013, p. 354).

En consecuencia, la reacción terapéutica negativa permite comprender de manera paradigmática las consecuencias de querer curar a toda costa, cuando se omite la dimensión pulsional en juego en el síntoma, cuando se desconoce la posición del sujeto en el fantasma, cuando liberar al sujeto del padecimiento puede significar empujarlo a lo peor. He aquí la iatrogenia del furor sanandis y en ello –al decir de Freud- “la ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica” (1912, p. 118)

¿Qué hacen con esta dimensión del sujeto el psiquiatra, el psicoterapeuta, el científico y el político, para los que solo cuenta suprimir el malestar lo más rápido posible y al menor costo? Definitivamente desconocen la incidencia de querer curar cuando el sujeto no quiere curarse. Lacan toma precisamente la reacción terapéutica negativa para mostrar la necesidad del mal en la estructura, a lo que el psicoanálisis le hace lugar, mientras que el imperativo terapéutico conduce en la dirección de acentuar la necesidad de castigo por la vía del goce superyoico. Un superyo terapéutico que -inversamente a lo que persigue- precipita a mayores efectos de goce. Al empuje de la época a levantar a los síntomas rápidamente el sujeto responde con más goce, con nuevos síntomas, con prácticas de goce, con nuevas formas del goce. A mayor afán por curar de lo real, más respuesta de lo real como resistencia a la curación. El empuje a la satisfacción oscura de la pulsión, el rechazo al mandato de curación como sometimiento a un ideal normativo de felicidad, representan el reverso de todo empeño terapéutico que va en la dirección del Otro, en la pendiente del goce superyoico, en la vertiente gozosa del sustituto paterno.

Finalmente, el gran aporte de la reacción terapéutica negativa para la clínica de la época reside en desplegar en la cura misma que hay algo incurable y a la vez ingobernable en el sujeto. Este fuera de todo dominio, que se expresa desde la histeria como invención en los tiempos de Freud, es algo que en la actualidad el psicoanálisis debe preservar como lo más específico de su eficacia: La cura psicoanalítica como un tratamiento que no conduce a domesticar, si es que ello fuera aún posible.

CONCLUSIONES

La época interpela al psicoanálisis y ya no es posible responder con evasivas. El problema de la eficacia, vieja diatriba entre los analistas, adquiere nuevos bríos, sea por el auge de los ideales de eficacia pragmática efecto de la impregnación del discurso científico en el lazo social actual, sea por los intereses de mercado en el campo de la salud mental, sea por una subjetividad contemporánea urgida de bienestar.

La eficacia analítica no se confunde con la eficiencia en términos de mercado, ni con la desaparición de los síntomas de la ciencia médica, ni con la adaptación a parámetros esperables de comportamiento, sino que se recorta a partir de considerar los arreglos que cada ser hablante ha producido en el encuentro con lo real pulsional. Pero esta concepción de la eficacia en psicoanálisis no es la original, la posición primaria de Freud se la encuentra en conexión con su procedencia médica. Como ha podido verse al inicio del recorrido de este ensayo, a Freud lo conmueve el interés terapéutico y no oculta su intencionalidad, curar exitosamente de la histeria. De modo que en los comienzos del psicoanálisis la eficacia es eficacia terapéutica, la misma que le conquistó un lugar en la ciencia de su época y que Freud intentó justificar a lo largo de toda su obra (Trotta, L. y Araújo, F., 2006).

La inquietud por la eficacia es un interrogante rector en la construcción de los conceptos freudianos, “opera como “bisagra” conectando la investigación con el alcance terapéutico” (Rubinstein, A. et al, 2008, p. 10). Es decir que es una noción que ocupa un lugar central en la obra de Freud: orienta las teorizaciones, motoriza los cambios, ya que –en efecto- son los límites terapéuticos los que impulsan sus innovaciones teóricas y metodológicas, modificando la técnica todas las veces que algún obstáculo impidió su eficacia (Trotta, L. y Araújo, F., 2006), hasta dar lugar al pasaje de la sugestión al definitivo dispositivo analítico, asociación libre / interpretación. A partir de ello, los cambios en la posición freudiana respecto de la eficacia serán sustanciales. Parten de un temprano optimismo surgido de los efectos que las interpretaciones producían en los síntomas, hasta una mayor prudencia y una preocupación creciente por los obstáculos que se oponen a la eficacia del análisis, condicionando su indicación a los tipos clínicos a los que podía aplicarse y a la importancia de la formación del analista para conducir una cura (Rubinstein, A., Nasparstek, F. y Bachmann, R., 2005).

El psicoanálisis hoy tiene la misma esencia que en la época de Freud: sostener que la subjetividad responde a una organización inconciente y establecer los parámetros que, en la actualidad, delimitan su eficacia. La tensión generada por los debates contemporáneos pone al analista frente a la posibilidad de recuperar la dimensión de la eficacia en términos propiamente psicoanalíticos, a partir de considerar el valor conferido a la misma en la obra de Freud. Puede afirmarse que previo al giro de 1920 la eficacia está ligada al hecho de haber dilucidado cómo funciona la cura analítica, o lo que es decir, cómo opera el inconciente. A partir de allí, la eficacia quedará determinada por los obstáculos que se ordenan alrededor de lo que surge como impedimento, de aquello que la entorpece y perturba su conclusión. La delimitación del fenómeno y posterior conceptualización de la reacción terapéutica negativa es tributaria, justamente, de la localización de la pulsión de muerte en la experiencia freudiana y representa una de las resistencias mayores al progreso de un tratamiento. No se trata entonces de una contingencia temporal en la obra de Freud, si bien -y a diferencia de la pulsión de muerte, incluso

a diferencia del masoquismo que le es también absolutamente inherente-, la reacción terapéutica negativa es un concepto que trabajó poco, tomando en cuenta el modo de teorizar propio de Freud.

Es un fenómeno que subvierte todos los términos relativos al proceso terapéutico de una cura, se procede a la aplicación del método psicoanalítico, hay resultados, pero son contrarios a lo esperado, el sujeto se opone a la curación que habría ido a buscar, se agrava en vez de mejorar, de manera tal que la propia cura termina siendo un problema. Extraña paradoja de un tratamiento, en el que el sujeto se satisface en el sufrimiento que allí mismo se procura. Resistencia del superyo que por la pendiente del masoquismo troca empeño terapéutico en necesidad de castigo.

No constituye un aspecto a destacar en estas Conclusiones el modo como Freud conceptualiza la reacción terapéutica negativa, lo que -por otra parte- una vez construida la noción se va a mantener sin modificaciones a lo largo de su obra. Resistencia del superyo, sentimiento inconsciente de culpa que deviene necesidad de castigo, manifestación del masoquismo moral, en fin, la cura vivida como un peligro del lado del sujeto y el peor enemigo del empeño terapéutico del lado del analista. Sin embargo, interesa sí señalar -por cuanto concierne a la hipótesis que recorre este trabajo- que si bien en todos los textos reacción terapéutica negativa y empeño terapéutico permanecen indisociados, Freud no establece entre ambos términos una relación de tipo causal, no advierte que en el agravamiento de los síntomas es posible que haya algo relativo a su ubicación en la transferencia. Dos aspectos podrían venir a dar razón de ello. Por un lado el alcance al que ha podido llegar en sus desarrollos, fundamentalmente respecto de las nociones de pulsión y castración; por otro, un impasse de su propia posición en la dirección de la cura.

Freud avanza en sus elaboraciones acerca de este duro atolladero de la clínica, hasta colegir que no se trataría únicamente de la faz tramitable de la culpa inconsciente sobrevenida necesidad de castigo, sino también del accionar silencioso y funesto de la pulsión de muerte en la cura, tal como lo plantea en *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1937). De modo que alcanza a reconocer en la reacción terapéutica negativa una porción irreductible de la pulsión de muerte, desvinculada de toda instancia psíquica, desarticulada del significante, puro goce pulsional mudo y ominoso, resto inabordable e infranqueable en su experiencia. Esto habla por un lado de un hallazgo freudiano, lo incurable de la estructura, y por otro de un límite en su teorización. En efecto, cuando Freud remite -en última instancia- lo pulsional a lo biológico y hace, a su vez, del repudio de la castración la roca viva irreductible en el sujeto, eso opera como el imposible freudiano, como tope de lo real en la experiencia analítica. Es decir que, los conceptos de pulsión y castración estarían actuando como límites en sus desarrollos para ir más allá de la reacción terapéutica negativa que en términos de impedimento. Asimismo, en tanto no la articula al rechazo a la castración, no puede pensarla como una respuesta en la transferencia frente a la barrera de la castración y por lo tanto frente al goce superyoico que conlleva su empeño terapéutico. Si la posición del analista no responde al lugar del sustituto paterno, si la experiencia analítica va más allá del Complejo de Edipo, su consecuencia es una relación diferente con la pulsión y la castración, lo que supone el movimiento que lleva de la fijación al síntoma a un saber hacer con el resto incurable (Lacan, J., 1972-1973). Pero Freud se queda más acá.

Por su parte, el empeño terapéutico freudiano estaría mostrando un impasse, un punto de detenimiento de la dialéctica analítica, referido a los principios de abstinencia y neutralidad con los que él mismo delimitara la posición que le cabe al

analista en la dirección de la cura. Con ellos Freud responde a los mecanismos de suposición-atribución que el sujeto realiza en la transferencia. Precisamente, a través de la abstinencia se da tratamiento a la atribución de goce haciendo del analista semblante de objeto, en tanto con la neutralidad se hace soporte a la suposición de saber, lo que lo coloca como semblante de un Otro consistente. Cuando lo que se pone en juego es el empeño terapéutico como deseo de curar, o lo que es lo mismo, cuando Freud no se abstiene de intervenir desde su propio deseo elogiando y alentando los progresos terapéuticos, estaría propiciando el terreno para la emergencia de la reacción terapéutica negativa en aquellos pacientes que no le demandan sino el sufrimiento del castigo. La necesidad de castigo se expresa en la transferencia como resistencia. El deseo de curar -en tanto sostiene el deseo personal de Freud- lo que favorecería no es la pérdida de goce como efecto de la cura, sino su acentuación en el seno del tratamiento. Por cuanto al analista no solo se le supone un saber sino que se le atribuye un gozar, el agravamiento sintomático puede sobrevenir si -en efecto- se inscribe para el sujeto que a través de su mejoría el analista goza de él y en caso de que el sujeto llegara a constituirse en el objeto de ese goce, goce de curar. El empeño terapéutico freudiano haría consistir al Otro, vía exhortación superyoica. Por esta vía Freud aparecería ubicado como analista amo, no analizando solamente desde el lugar del significante amo, sino encarnando el significante amo (Delgado, O.; Goldemberg. M., 1998). De modo tal que el recrudecimiento del padecer, como efecto de la cura, constituiría una respuesta en transferencia al empeño terapéutico, un rechazo a la posición paterna que encarna y a la dimensión superyoica que conlleva.

Es este un punto sustancial de este ensayo: la intención de curar se vuelve en contra de la cura misma. El sujeto hace del empeño terapéutico una exigencia superyoica y -como consecuencia- de la cura un padecimiento nuevo. Se comprende la tremenda dimensión clínica de este hecho en la actualidad científico-política. Puesto que, responder a los imperativos de eficacia que pesan sobre las prácticas actuales y promover la eliminación de los síntomas sin atender a la satisfacción pulsional que se realiza en ellos, contraviene la estructura del sujeto como determinada por el goce y la pulsión de muerte, lo que la reacción terapéutica negativa revela en forma ejemplar. Así, en consonancia con la función que tiene el obstáculo en la obra de Freud, este fenómeno enseña que hay curar en psicoanálisis, que ese curar tiene su propia particularidad, pero a la vez enseña lo que en el sujeto resiste a toda curación, respuesta en transferencia de un más allá del principio del placer que le es estructural.

De manera tal, la cuestión de la reacción terapéutica negativa encierra en sí misma el interrogante por la eficacia. Constituye una respuesta a la eficacia de un análisis pero -precisamente- por la vía del obstáculo. Extraña paradoja que implica que si hay reacción terapéutica negativa es porque operó una eficacia psicoanalítica, pero se trata de una eficacia a contrapelo del ideal. En consecuencia, constituye un fenómeno paradigmático para poner en tensión las exigencias que en tal sentido pesan sobre la clínica contemporánea y específicamente la tensión que el significante *eficacia* genera en el interior del propio campo psicoanalítico.

El psicoanálisis es eficaz, es una práctica cuya eficacia es -sostiene Lacan- "pese a todo tangible" (1975-76, p. 133). Pero tratándose justamente de la práctica psicoanalítica, es necesario delimitar qué significa esa eficacia, qué alcance tiene. A diferencia de la terapéutica médica, la concepción de eficacia psicoanalítica subvierte la relación al padecimiento como lo *negativo* a suprimir y de la cura como lo *positivo* a conseguir. Resulta de la capacidad del significante para afectar lo real,

alcanzar la verdad cifrada en el síntoma y conmover la dimensión pulsional que la sostiene, lo cual no se produce al margen de una importante ganancia terapéutica. No obstante, la reacción terapéutica negativa viene a dar cuenta que intervenir sobre la relación del sujeto con el goce puede tener resultados paradójicos, pone en juego fenómenos vinculados al masoquismo de la pulsión, por lo que no solo podrá no producir efectos terapéuticos sino –más aún- inducir a la acentuación momentánea del sufrimiento. Entonces, para la eficacia del psicoanálisis es posible discriminar una dimensión analítica de una dimensión terapéutica que, como se ha señalado, pueden coincidir, interferirse e, incluso, oponerse. Cuando los efectos terapéuticos no responden a una operación analítica que apunta al modo de gozar de cada uno con su síntoma, sino que son de carácter sugestivo, el psicoanálisis no se diferencia de la psicoterapia.

Ahora bien, para el Otro social, para las políticas de salud mental no hay ninguna finalidad superior a la eficacia terapéutica misma y el carácter propiamente analítico o la pura dimensión sugestiva del efecto terapéutico no toma allí ningún valor. Hay una promoción social de la eficacia a la que solo le interesa la desaparición de las manifestaciones sintomáticas del padecer. Este modelo de eficacia relativo a lo terapéutico es el que impregna los lazos donde se inscribe el sujeto que consulta y determina la demanda al analista, por lo cual desconocerlo, negarlo, o despreciarlo desde una postura a priori crítica y de denuncia, ha conducido a “estimular cierto ideal de marginalización social del análisis” (Laurent, 2000, p. 114). Se torna preciso reafirmar el valor terapéutico del dispositivo analítico, subrayar la eficacia que conlleva atendiendo a la especificidad que cobra lo terapéutico en psicoanálisis, a fin de demostrar su utilidad social en el medio en el que pretende tener incidencia.

Este aspecto cobra una importancia fundamental por estos tiempos. La tesis que aquí se concluye surge en pleno auge de los cuestionamientos al poder terapéutico del psicoanálisis, a los resultados que consigue y a la dificultad, -cuando no, la indolencia de los analistas-, para hacerlos transmisibles. A la pretendida falta de objetividad de sus investigaciones, a la negativa a cifrar la subjetividad con técnicas cuantitativas, subyace una supuesta mala relación costo beneficio, demasiado tiempo y dinero para logros poco probados. Tales críticas son concomitantes a un esplendor del ideal terapéutico consecuente del discurso neurocientífico, de una industria farmacológica que le provee los objetos y de un mercado de las prácticas en salud mental que se disputan los beneficios.

La actualidad del psicoanálisis participa –entonces- de un resurgimiento del furor sanandis, de un retorno de la pasión terapéutica, que lo somete al paradigma biomédico de la eficacia y a sus métodos de evaluación y protocolización. Este imperativo opera no solo fuera sino dentro del propio campo psicoanalítico, de manera que es posible en este recorrido situar dos posiciones que, aunque contrapuestas, estarían reflejando la incidencia del mismo ideal científico. Por un lado la posición de los evaluadores de las prácticas desde la que es posible sostener que el psicoanálisis está hoy fuera de época. Este fuera de época, puede cotejarse en dos niveles interrelacionados: a nivel de la ciencia, donde el modelo cognitivo-neurobiológico de la mente humana se propone como sustituto del modelo freudiano (Žizek, 2006). Y a nivel de la clínica, donde el tratamiento psicoanalítico pretende desplazarse por la terapia farmacológica y las terapias cognitivo-conductuales, más rápidas, más eficaces. Esos modos actuales de “terapiar (tapiar) lo psíquico” (Cancina, 2005). Por otro lado, la posición que desde el interior de la propia disciplina psicoanalítica responde a la presión política de la evaluación de su eficacia

con una acentuación de su competencia terapéutica, dando cuenta de *efectos terapéuticos rápidos* (Miller, J.A., D'Angelo, L., Fuentes, A., Garrido, C., Goya, A., Rueda, F., et al., 2005) en un número acotado de sesiones, ingenioso modo de infiltración en el *eficientismo* contemporáneo.

Positivizar la dimensión terapéutica, dentro o fuera del psicoanálisis, va en contra de la negativa terapéutica que le es propia al goce. De modo que constituye una aporía clínica de la actualidad darle su lugar a la oposición terapéutica que concierne a la pulsión de muerte en la clínica o -más aún- a la vida misma que no quiere curarse (Lacan, J., 1954-1955), sin por ello despreciar los efectos de curación que traen a un sujeto a la consulta y que el psicoanálisis es capaz de producir. En consecuencia, la insistencia del significante eficacia puesto en relación al campo analítico genera una inevitable contradicción que la reacción terapéutica negativa pone en acto en la cura: ¿cómo considerar, bajo los parámetros actuales de la eficacia, que son los de la ciencia positiva, que la oposición de alguien a curarse pueda estar dando cuenta en sí misma de un momento en el progreso de un análisis e, inversamente, que un alivio sintomático efecto de un tratamiento bajo sugestión signifique una falsa terapia que esclaviza al sujeto?

Calificar la experiencia analítica como terapéutica no sería impropio si el sentido que se le asigna a lo terapéutico no tiene por finalidad la restitución a un estado de pretendida normalidad, si se cuestiona todo ideal de curación que no se centre en lo incurable, si se sostiene una ética contraria a todo esfuerzo por conformar al sujeto con la norma y si quien la dirige asume una posición más bien opuesta a todo orgullo sanador (Barros, 2012). No obstante, considerar que lo terapéutico del psicoanálisis no sea precisamente del mismo orden que lo terapéutico de las otras prácticas, admitir que haya una incompatibilidad entre la salud mental y la práctica analítica, -en tanto la salud mental, normativista y normativizante, pretende la abolición sintomática mientras que el psicoanálisis reconoce al síntoma como necesario y sostiene la imposibilidad de su supresión-, no significa para el psicoanálisis automarginarse de ese ámbito. Sino que, despojado lo terapéutico de su sentido habitual, requiere sostener el interrogante acerca de la especificidad de su estatuto psicoanalítico para que la dimensión terapéutica del psicoanálisis pueda ser destacada, dando cuenta de sus resultados en la escena pública.

Llegado a este punto cabe mencionar la importancia de investigar en psicoanálisis, dar cuenta de sus resultados, probar los efectos de la práctica analítica, sin ceder en ello a las coordenadas de la evaluación empírica que la ciencia impone bajo sus requerimientos de medición y protocolización. La evaluación es hoy una consigna que toma la forma de un imperativo (Milner, 2007), borrando las cualidades más propias de cada sujeto, se lo convierte a un todo homogéneo, traducible en cifras. Sin perder de vista que la sustancia con la que el analista trabaja es un real que resiste a toda reducción y comparación, es no solo posible sino necesario en el actual contexto científico-político sostener la investigación psicoanalítica como alternativa al empuje a la evaluación de los resultados. La eficacia del análisis no puede ser medible con la lógica propia del pensamiento positivista, ni prestarse a las exigencias cada vez más burocráticas de una evaluación normativizada, no obstante, ello no lo exceptúa de la importancia de probar, al mejor estilo freudiano, la eficacia tanto de sus métodos como de sus efectos terapéuticos.

La necesidad de recuperar para el psicoanálisis la dimensión terapéutica, de hacer operar la eficacia real del psicoanálisis, se inscribe en la política de darle su

lugar en el campo de la salud mental. La presencia del psicoanalista en los diferentes ámbitos de intervención en salud mental, ahí donde sostiene la causa del inconsciente en tanto que aloja la verdad particular de cada sujeto para responder por su malestar, tiene que ver con una operatoria sostenida en el caso por caso, desde la ética propia del psicoanálisis frente a lo real. Sin embargo es posible, sin traicionar esa ética, ir más allá del caso por caso, hablar de los asuntos relativos a la política sanitaria, participar en los debates ciudadanos en torno de los problemas de la subjetividad contemporánea, para no autosegregarse en los límites de su propia comunidad analítica.

No es una novedad para aquellos que se dedican al psicoanálisis, ni para los diversos ámbitos de la cultura afectados ya profundamente por sus principios, que los cambios en los ideales de cada época producen no solamente nuevas formas de habitar en ella, -para decirlo del modo más genérico posible-, sino a la vez nuevos síntomas, nuevos modos del sufrimiento. De manera que el término *actualidad* en este ensayo connotó dos direcciones de trabajo: primero, la actualidad de la pregunta por la eficacia y luego, la actualidad de la subjetividad de la época, sus repercusiones sobre la clínica y en consecuencia sobre la práctica psicoanalítica. Una subjetividad marcada por el rechazo a la castración, por la acentuación del imperativo de goce en directa correlación con la producción de objetos de consumo. En efecto, la ciencia en su entroncamiento con las leyes de mercado capitalista contribuye a la producción sin límites de modos de gozar hasta ahora inéditos, caracterizados por un empuje al exceso, al más allá de todo límite. Este empuje al exceso se refuerza en un doble circuito: por un lado la dominancia del objeto a lleva al goce sin freno y sin ninguna contabilidad, por otro, este exceso -a su vez- realimenta y demanda la reinención constante de nuevas prácticas de goce. Estas prácticas de goce en directa correlación con la satisfacción de la pulsión se oponen al síntoma psicoanalítico en el sentido clásico, “licuación del síntoma” según Lipovetsky (2002), “síntoma autista” al decir de Colette Soler (2000), reducidos en su dimensión significativa y -por tanto- más refractarios al dispositivo analítico y a la cura bajo transferencia.

En consecuencia, las grandes mutaciones de la época en que hoy les toca vivir coloca a los psicoanalistas frente a la exigencia de estar cada vez más advertidos de los efectos que estos tiempos imprimen en la subjetividad sobre la que operan, puesto que hace también a la función del psicoanalista develar los engaños de la civilización contemporánea, provengan éstos del mercado, de la ciencia o de su articulación en la técnica. Y revelar a cielo abierto el malestar que procede del hecho que el orden social, cualquiera sea el discurso que predomine es siempre opresivo, siempre inadecuado a lo que sería una relación sin falla de lo humano con la naturaleza y el sexo.

Por su parte, el psicoanálisis compite con otras prácticas clínicas que representan las formas actuales de la eficacia terapéutica, avaladas por la ciencia y por el mercado. Responden al paradigma biomédico de la eficacia en pos de normalizar los comportamientos y eliminar los padecimientos psíquicos sin interesarse por su significación. Modalidades terapéuticas que no toman en cuenta la pulsión de muerte y lo real pulsional articulado al síntoma, que intervienen sobre un trastorno borrando la singularidad de cada uno, y des-responsabilizando al sujeto de su goce. Constituyen prácticas de carácter sugestivo que responden a la demanda del sujeto, operan por el sentido y sostienen la autoridad paterna en la transferencia y que se avienen perfectamente al ideal pragmático y al furor de curar contemporáneo. A través de ellas el ideal de eficacia opera como imperativo

superyoico, un superyo terapéutico que promueve –a contrario sensu de lo que se propone- mayores efectos de goce. La reacción terapéutica negativa es una concepción notable para dar cuenta de esto. A mayor deseo de curar más resistencia en el sujeto de lo que no quiere curarse. Por esta razón el psicoanálisis es terapéutico a condición de no serlo, de no buscarlo como propósito, en tanto la eficacia analítica se sostiene en el deseo del analista y no en el deseo de curar del analista. El psicoanálisis tiene mucho para decir a otras disciplinas acerca de síntoma, de la cuestión de aquello que se satisface de una manera cerrada en el síntoma y de cómo el empuje a curar, como el sometimiento al ideal adaptativo de la felicidad normativizada, va en la dirección del Otro en la pendiente del goce superyoico.

En la actualidad la reacción terapéutica negativa determina una dimensión política del psicoanálisis. Ese ingobernable que se revela como empeorar durante el tratamiento, implica el rechazo a someterse al bien propuesto que la eficacia promueve. De manera que este fenómeno de la clínica da cuenta en sí mismo del punto donde el psicoanálisis se diferencia de la psicoterapia y de la psiquiatría, como rechazo a toda tiranía de la cura que no tome en consideración que no hay bien general del sujeto y que puede haber bien en el mal y mal en el bien.

La reacción terapéutica negativa tiene entonces su propia eficacia, la que radica en una demostración clínica de que lo real más humano se encuentra más allá de cualquier reducción posible. No sólo representa una objeción al imperativo de la ciencia, sino que también pone en crisis los intentos autoritarios de las burocracias sanitarias en su operación de control social, de naturaleza fundamentalmente biopolítica (Laurent, 2013). Se trata de una manifestación en la que se anudan tres órdenes: clínica, ética y política, para preservar la singularidad más radical de un sujeto que puede advenir al encontrarse con su síntoma, puesto que el sujeto es una experiencia fugaz que aparece en análisis.

¿Cuáles son las consecuencias del empuje de la época a levantar los síntomas rápidamente? La ciencia, las terapéuticas, intentan enmarcar el sufrimiento en sus categorías y suprimirlo, pero el sujeto responde con más goce, con nuevos síntomas, con nuevas formas del goce. A mayor intento de curar de lo real, más respuesta de lo real como resistencia a la curación. El empeño terapéutico conlleva su envés, el empuje a la satisfacción oscura de la pulsión, el rechazo al mandato de curación, a la vertiente gozosa del sustituto paterno.

Las modalidades actuales de la eficacia terapéutica consienten en forzar al sujeto a coincidir con ideales universales de salud, normalidad o adaptación a la realidad. Para ello ponen a disposición una variedad de recursos que procuran ajustar las posibilidades subjetivas de cada uno a los ideales que pretende sustentar. Se trata de una operación que en lugar de abrir el campo para su cuestionamiento conduce, por el contrario, a un sometimiento cada vez más inflexible y tiránico a esos mismos ideales, que se vuelven, por su parte, cada vez más consistentes (Costa-Moura, 2012).

El psicoanálisis es una práctica anacrónica, es decir, una práctica que va en contra de las exigencias y de los ideales de su tiempo. Esta modalidad de tratamiento, que no es como las otras, aparece dentro de la sociedad de mercado como un resto. Es responsabilidad de los analistas, determinar si este puede permanecer como un resto fecundo o, por el contrario, como un desecho, pasado de moda.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, T. (2005). *El último oficio de Nietzsche*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Agamben, G. (2001). *Infancia e historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- Albaya, P. (2013). *La reacción terapéutica negativa al psicoanálisis*. Tesis de Maestría: Universidad Nacional de La Matanza. Buenos Aires.
- Alemán, J. (2009a). La metamorfosis de la ciencia en técnica: El discurso capitalista. En J. e. Alemán, *Los otros entre nosotros. Alteridad e inmigración* (págs. 197-211). Madrid: Círculo de Bellas Artes.
- (3 de agosto de 2012b). El difícil diálogo entre la política y el psicoanálisis: "Yo siento que falta algo". *Página 12*. Obtenido de *Página 12*.
- Álvarez, A. (2005). Condiciones para que el discurso del psicoanálisis tenga lugar. 2do. Congreso Argentino "Vigencia del Psicoanálisis. Incidencia política y social del acto analítico. Buenos Aires: Inédito.
- (2006). *La teoría de los discursos en Jacques Lacan. La formalización del lazo social*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Amigo, S. (2009). *La ciencia y el psicoanálisis*. Obtenido de Revista Extensión Digital Nro. 3. Facultad de Psicología. UNR: <http://extensiondigital.fpsico.unr.edu.ar/n3-2009>
- Ariel, A. y Sicorsky, S. (2009). Seminario de posgrado. *Los destinos del Odio. Humillación y Venganza en la clínica de la neurosis de nuestro tiempo*. Facultad de psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Arribas, O., Domb, B., & Zuberman, J. (2008). *La eficacia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Assoun, P. L. (1998). *Introducción a la epistemología freudiana*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (2003). *El freudismo*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Babiszenko, D. (2011). *Transferencia y satisfacción pulsional: efectos de la posición del analista*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UBA.
- Babylon. (s.f.). *Bab.la Diccionario Alemán-Español*. Obtenido de <http://es.bab.la/diccionario/espanol-aleman/>
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial.
- (1988). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós.
- Berlinger, G. (1996). *Ética de la Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bernal, H. (2007). *El comentario de texto como método de investigación en el psicoanálisis*. Obtenido de *Poiésis*. Nro. 13. <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/367/346>
- Bourdieu, P. (1999). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bruckner, P. (2002). *La euforia perpetua : sobre el deber de ser feliz*. Barcelona: Tusquet editores.
- Cancina, P. (1997). *La fábrica del caso: La Sra. C*. Rosario: HomoSapiens Ediciones.
- (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Rosario: HomoSapiens Ediciones.
- (2009). *El deseo del psicoanalista y la dirección de la cura*. Obtenido de Extensión Digital Nro. 3. Facultad de Psicología (UNR): <http://extensiondigital.fpsico.unr.edu.ar/n3-2009>
- Chamorro, J. (2008). Ecos entre efectos analíticos y terapéuticos. En *Variaciones de la cura analítica, hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Costa-Moura, F. (2012). Frente a la ciencia contemporánea: La función del analista hacia el real. *Clínica Contemporánea*. Vol. 3, 25-33.
- Dargentón, G. (2008). Variaciones sobre el más allá del efecto terapéutico. En *Variaciones de la cura analítica, hoy. Las relaciones entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Delgado, O. y Goldemberg, M. (1998). *La transferencia en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- Delgado, O. (2001). *El padre, lo femenino y el obstáculo en la elaboración freudiana*. Obtenido de Virtualia #2: <http://www.eol.org.ar/virtualia/002/notas/index-002.html>
- (2005). *La subversión freudiana y sus consecuencias*. Buenos Aires: JVE ediciones.
- (2008). *El estatuto del obstáculo*. Anuario de Investigaciones. Volumen XV. Facultad de Psicología. UBA.
- & Irrazabal, E. (2011). *Reacción terapéutica negativa: caída de la regla de abstinencia*. Anuario de investigaciones. Volumen XVIII. Facultad de psicología. UBA.
- Dicker, S. (2011). *El deseo del analista*. Obtenido de Virtualia #22: <http://virtualia.eol.org.ar/022/Virtualia22.pdf>
- Domb, B. (2007). *La posición del analista y la eficacia del psicoanálisis*. Rosario: Homosapiens editores.
- DSM-IV. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición*. Barcelona: Masson.
- Emmanuele, E. (2012). *Los discursos que nos hablan*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI editores.
- (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1888a). Histeria. En *Obras Completas. Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1888b). Prólogo a la traducción de H. Bernheim, De la sugestión. En *Obras Completas. Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Obras Completas. Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1893-1895). Estudios sobre la Histeria. En *Obras Completas. Tomo II*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1896a). La etiología de la Histeria. En *Obras Completas. Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1896b). La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras Completas. Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1896c). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas. Tomo IV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas. Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1908). La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna. En *Obras Completas. Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XI*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1912a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas. Tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1912b). La dinámica de la transferencia. En *Obras Completas. Tomo 2*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1912c). Sobre los tipos de contracción de neurosis. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1913a). El interés por el psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1913b). La iniciación del tratamiento. En *Obras Completas. Tomo II*. Madrid: Biblioteca nueva.
- (1913c). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- (1914a). Historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas. Tomo 2*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1914b). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1914c). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1914d). Recuerdo, repetición, reelaboración. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1916-17). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1917). Una dificultad en psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1919a). Los caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas. Tomo 3*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1919b). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas. Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas, Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1924a). Breve informe sobre el psicoanálisis. In *Obras Completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1924b). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1925a). Autobiografía. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1925b). Presentación autobiográfica. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1925c). Prólogo a August Aichhorn, *Verwahrloste Jugend*. En *Obras Completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1926a). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1926b). Análisis Profano (psicoanálisis y medicina). Conversaciones con una persona imparcial. En *Obras Completas. Tomo 3*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1926c). Psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1926d). Pueden los legos ejercer el análisis? En *Obras Completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1930a). El malestar en la cultura. En *Obras Competas. Tomo XXI*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1930b). El malestar en la cultura. En *Obras Completas. Tomo 3*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1937a). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas. TOMO XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1937b). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas. Tomo 3*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1937c). Construcciones en el análisis. En *Obras Completas. Tomo XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- (1938). Esquema del psicoanálisis. En O. C. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1950a). Los orígenes del psicoanálisis. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1950b). Proyecto de una psicología. En *Obras Completas. Tomo 1*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (1956). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En *Obras Completas. Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fuentes, M. (1998). La eficacia clínica en psicoanálisis. *Clínica psicoanalítica actual, 25 Aniversario*, Bs. As. Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados.
- García Castiñeiras, J. (2003). Cuando Eros tienta a Tánatos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Nro 97, 74-94.
- Gerez Ambertín, M. (2013). *Las voces del superyo en la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gómez de Silva, G. (1995). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: Fondo de cultura económica.
- Granados Perez, F. (2004). Camino de perfección, camino de perdición. *Revista de psicoanálisis. Madrid. Volumen 41*, 147-168.
- Grüner, E. (1996). *Un género culpable. La práctica del ensayo: entredichos, preferencias e intromisiones*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Harari, R. (2004). Psicoanálisis y ciencia en la escena social. *Lalengua. Año 1. Nro. 1. Publicación de Convergencia*, 1-4.
- Heler, M. (2005). *La ciencia incierta*. Buenos Aires: Biblos.
- Ipar, E. (s/f). Eduardo Grüner: El ensayo como forma (política). Obtenido de Revoluções: <http://revolucoes.org.br/v1/seminario/eduardo-gruner/el-ensayo>
- Iuale, L. (2007). *Casuística y eficacia: dos pilares básicos en el viraje freudiano hacia la aplicación del método psicoanalítico a las neurosis de la infancia*. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV. Facultad de Psicología, UBA.
- & Bachmann, R. (2009). *Consideraciones sobre los "efectos terapéuticos" en S. Freud y J. Lacan*. Anuario de investigaciones. Volumen XVI. Facultad de Psicología. UBA.
- Jones, E. (1981). *Vida y obra de Sigmund Freud. Edición Abreviada a cargo de Trilling, L. y Stevenson, M., Tomo 1*. Barcelona: Anagrama.
- Kait, G. (2005). *La pulsión y el rechazo de lo femenino en el final del análisis*. Rosario: UNR editora.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kligmann, L. (2009). El superyo en los límites del análisis. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la facultad de Psicología. Volumen 14*, 67-76.
- Kramer, P. (1994). *Escuchando al Prozac*. Barcelona: Seix Barral.
- Lacan, J. (1936). Más allá del principio de realidad. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1946). Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1953). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1953-1954). *El Seminario, Libro 1, Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós (1986).
- (1954). Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1954-1955). *El Seminario, Libro 2, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós (1986).
- (1955a). El seminario sobre la carta robada. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1955b). Variantes de la cura tipo. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1955-1956). *El Seminario, Libro 3, Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós (2011).

- (1956-1957). *El Seminario, Libro 4, La relación del objeto*. Buenos Aires: Paidós (1994).
- (1957). La instancia de la letra en el inconsciente y la razón desde Freud. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1957-1958). *El Seminario, Libro 5, Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós (1999).
- (1958a). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1958b). La significación del falo. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1958-1959). *El Seminario, Libro 6, El deseo y su interpretación*. Inédito. Infobase. Versión electrónica.
- J. (1959-1960). *El Seminario, Libro 7, La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (1988).
- (1960). *Observación sobre el informe de Daniel Lagache: "Psicoanálisis y estructura de la personalidad"*. *Escritos 2*: Siglo XXI editores.
- (1960-1961). *El Seminario, Libro 8, La transferencia*. Buenos Aires: Paidós (2003).
- (1961-1962). *La identificación*. Inédito: Infobase. Versión electrónica.
- (1962-1963). *El Seminario, Libro 10, La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- (1964). *El Seminario, Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (1987).
- (1965). *El Seminario, Libro 12, Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Inédito: Infobase. Versión electrónica.
- (1966a). La ciencia y la verdad. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (1966b). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial (1991).
- (1966-1967). *El seminario, Libro 14, La lógica del fantasma*. Inédito. Infobase. Versión electrónica.
- (1967-1968). *Seminario 15. El acto analítico*. Inédito: Infobase. Versión electrónica.
- (1968). *El seminario, Libro 16, De un Otro al otro*. Buenos Aires: Paidós (2008).
- (1969-1970). *El Seminario, Libro 17, El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (1992).
- (1971-1972a). *El Seminario, Libro 19, ...O peor*. Buenos Aires: Paidós (2012).
- (1971-1972b). *Seminario 19 bis ...Ou pire. El saber del psicoanalista (Charlas en Ste Anne)*. Inédito: Infobase. Versión electrónica.
- (1972). *Del discurso psicoanalítico*. Milán: Conferencia inédita.
- (1972-1973). *El Seminario, Libro 20, Aún*. Buenos Aires: Paidós (1985).
- (1974-1975). *Seminario 22, R.S.I.* Inédito: Infobase. Versión electrónica.
- (1975-76). *Seminario 23. El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós (2006).
- (1976-1977). *Seminario 24, Lo no sabido que se sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*. Inédito. Infobase. Versión electrónica.
- (1977). *Radiofonía y televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Laurent, E. (1988). L'efficacité de la psychanalyse. *Actes de l'Ecole de la Cause freudienne. Volume XV*.
- (Noviembre de 1996). Entrevista a Eric Laurent. (A. Fuentes, Entrevistador)
- (1999). *Posiciones femeninas del ser*. Buenos Aires: Tres Haches.
- (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- (2004). *Ciudades analíticas*. Buenos Aires: Tres Haches.
- (2006a). *Blog-note del síntoma*. Buenos Aires: Tres Haches.
- (2007). Principios rectores del acto analítico. *Bitácora Lacaniana. Nro. 2*.
- (9 de Julio de 2008a). Hemos transformado al cuerpo humano en un nuevo Dios. *Diario La Nación. Buenos Aires*.
- (2008b). Las máscaras de la felicidad. En G. Belaga, G. Dargentón, M. Marotta, S. Ons, O. Sawick, R. Nepomiachi, et al., *Variaciones de la cura analítica hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Layard, R. (2005). *La Felicidad, Lecciones de una Nueva Ciencia*. México: Taurus.

- Laznik, D., Lubián, E. y Kligmann, L. (2011). *Fundamentos y límites de la primera tópica freudiana*. Anuario de Investigaciones. Volumen XVIII. Facultad de Psicología. UBA.
- , Lubián, E., Bonet, R., Bösenberg, C., Eidelsztein, F., Fukelman, G., et al. (2011). *La clínica de la segunda tópica freudiana*. Investigación de la Cátedra II de Psicoanálisis: Freud. Facultad de Psicología. UBA.
- Lebrun, J. P. (2003). *Un mundo sin límite. Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Le Robert. (2012). Dictionnaire Le Robert. Obtenido de Le Robert: http://www.lerobert.com/index.php?option=com_enligne&Itemid=736
- Lévi-Strauss, C. (1968). La eficacia simbólica. En *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin estado*. Buenos Aires: Paidós.
- Lipovetzky, G. (2002). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- Littré (2012). *Dictionnaire de la langue française 'Littré'*. Obtenido de <http://littrereverso.net/dictionnaire-francais/>
- Llinares Llorca, P. (2004). La reacción terapéutica negativa: paradoja de un exceso. Fenómeno clínico entre la primera y la segunda tópica. *Revista de psicoanálisis. Madrid. Volumen 41*, 51-76.
- Lyotard, J. (1989). *La condición postmoderna*. Buenos Aires: Teorema.
- Major, R. (. (2005). *Estados generales del psicoanálisis. Perspectivas para el tercer milenio*. Buenos Aires: SigloXXI editores.
- Marotta, M. (2008). El tema de las variaciones o las variaciones de un tema y su más allá. En *Variaciones de la cura analítica, hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Merea, C. (1985). Criterios de curación y objetivos terapéuticos del psicoanálisis. *Revista de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*.
- Meyer, C. (. (2007). *El libro negro del psicoanálisis*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Miller, J. (1986). *Dos Dimensiones Clínicas: Síntoma y Fantasma*. Buenos Aires: Manantial.
- Milner, J. M. (2006). El gran secreto de la ideología de la evaluación. En *El libro blanco del psicoanálisis. Clínica y política*. Barcelona: Editorial RBA.
- (2007). *La política de las cosas*. Barcelona: Miguel Gómez ediciones.
- Naparstek, F. (2012). La naturaleza tóxica del síntoma. *Intersecciones Psi. Año 2. Nro 3*, Facultad de Psicología. UBA.
- Nieto, S. M. (2011). La política y el mal. *La mosca. Publicación semestral de la Biblioteca Oscar Masotta de la Escuela Freudiana de la Argentina*, 1-3.
- Orozco, E. (2004). La reacción terapéutica negativa y el devenir de la culpa edípica. *Revista de Psicoanálisis. Madrid. Volumen 41*, 169-208.
- Osola. (s.f.). *DIX Diccionario Alemán-Castellano*. Obtenido de <http://dix.osola.com/index.es.php>
- Paulucci, O. (1998). Psicoanálisis y Salud Mental: Una misma ética? En *La misteriosa desaparición de las neurosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Peirce, C. (1988). *El hombre, un signo: (El pragmatismo de Peirce)*. Barcelona: Crítica.
- Peteiro Cartelle, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Pinto, I. (s/f). La cultura como campo de batalla. Entrevista a Eduardo Grüner. Obtenido de La Fuga: <http://www.lafuga.cl/entrevista-a-eduardo-gruner/41/>
- Pommier, G. (2010). *Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pons. (2001). *Pons.eu Diccionario Español-Alemán*. Obtenido de <http://es.pons.eu/espanol-aleman/>
- Pujó, M. (2007). El psicoanálisis, terapéutico. En C. I. Guzzetti, *La eficacia terapéutica* (págs. 21-31). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- (2008a). Diagnóstico y subjetividad. En E. L. Lacombe, *El psicoanálisis ante el DSM* (págs. 132-136). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

- (2008b). Una nueva babel. En I. N. Vegh, *Psicoanálisis y neurociencias* (págs. 15-26). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Pulice, G., Manson, F. y Zelis, O. (2000). *Investigación<>Psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. (22ª ed.). Obtenido de Real Academia Española: <http://www.rae.es>
- Ramirez Escobar, J. (2007). El psicoanálisis como práctica terapéutica, hoy. En C. I. Guzzetti, *La eficacia terapéutica* (págs. 127-133). Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Ramirez Ortiz, M. (2002). Freud y el positivismo científico. En *Documenta Laboris* Nro. 6. Buenos Aires: Publicación de la Universidad Argentina John F. Kennedy.
- Recalcati, M. (2004). Cuatro notas sobre la clínica psicoanalítica, la ciencia y el arte. *La Gaceta del Consejo de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano*. Nro. 18.
- Rubinstein, A., Nasparstek, F. y Bachmann, R. (2005). La perspectiva freudiana de la eficacia del análisis. Anuario de investigaciones Volumen XIII. Facultad de Psicología, UBA.
- Rubinstein, A. (2007). *La eficacia del análisis y el uso del caso en los textos freudianos*. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV. Facultad de psicología. UBA.
- (2009). *Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales*. Anuario de Investigaciones. Volumen XVI. Facultad de psicología, UBA.
- (2012). *¿A qué llamar eficacia analítica? Contribuciones a partir del estudio de casos*. Anuario de Investigaciones. Volumen XIX. Facultad de psicología, UBA.
- Roudinesco, E. (2000). *Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (2011). *Por qué tanto odio?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Sicorsky, A. (2009). *Psicoanálisis desde la infancia. ¿Es posible un psicoanálisis "más allá"... de la humillación y la venganza?* Secretaría de Posgrado. Facultad de psicología, Universidad Nacional de Rosario. Inédito
- Sinatra, E. (1994). La interpretación de la droga. *Pharmakon* n° 3. Buenos Aires: Ediciones Amatista.
- Soler, C. (2000). *La Maldición sobre el sexo*. Buenos Aires: Manantial.
- Starobinski, J. (1974). La relación crítica. Madrid: Taurus Ediciones.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*. N°101 - Volumen XXIII.
- Szpilka, J. (2008). Complejo de Edipo, pulsión de muerte y reacción terapéutica negativa. *Revista de psicoanálisis*. Buenos Aires. Volumen 65, 333-355.
- Tortosa, N. (2000). Los obstáculos para el fin de análisis en la clínica freudiana. *Revista de Psicoanálisis*. Madrid. Volumen 33, 73-85.
- Valéry, P. (1936). *Varietés III*. París: Gallimard.
- Vegh, I. (2008). Eficacia de un enlace: del canto y el incauto. En O. Arribas, B. Domb, J. Zuberma, M. Szuster, I. Vegh, E. Tenenbaum, & al., *La eficacia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Vitale, F. (1996). La Otra Clínica. En A. T. Rubinstein, *Diversidad del síntoma* (págs. 147-155). Buenos Aires: EOL.
- Yankelevich, H. (2008). La eficacia del psicoanálisis. Las paradojas de fi mayúscula y su traducción. En O. Arribas, B. Domb, J. Zuberma, M. Szuster, I. Vegh, E. Tenenbaum, & al., *La eficacia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Zuberma, J. (2008). La eficacia del Sujeto supuesto Saber y la eficacia de la creencia en Allguien. En O. Arribas, B. Domb, J. Zuberma, M. Szuster, I. Vegh, E. Tenenbaum, & al., *La eficacia del psicoanálisis* (págs. 71-76). Buenos Aires: Letra Viva.

FUENTES DOCUMENTALES

- Aflalo, A. (2002). *Las psicoterapias y el psicoanálisis*. Obtenido de Virtualia #6 :
<http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/aaflalo-01.html>
- Alemán, J. (2009b). *Síntoma y lazo social*. Obtenido de Virtualia #19:
<http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/millas.html>
- Bachmann, R. (2008). *Los efectos terapéuticos en el campo del psicoanálisis*. Obtenido de Facultad de Psicología, UBA. Becas de Maestrías:
<http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/ubacyt/becarios/finalizados/maestrias/bachmann.php>
- (2009). *La validación de los resultados terapéuticos en el campo del psicoanálisis*. Obtenido de Sitio de la Facultad de Psicología, UBA. Proyectos de becarios:
<http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/ubacyt/becarios/finalizados/estimulo/bachmann.php>
- Brodsky, G. (13 de marzo de 2004). Una polémica que llegó al consultorio. *Revista Ñ*.
- (2006). *La eficacia del psicoanálisis*. Bitácora Lacaniana. Nro. 1. *El psicoanálisis hoy*. http://www.nel-amp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=70
- Capuzzi, S. (3 de diciembre de 2002). Un cambio de mente. *Washington Post*.
- D'Alvia, R y Maladesky, A. (1995). Vigencia y eficacia del psicoanálisis en el malestar en la cultura actual. *XXIII Congreso Interno y XXIII Symposium Metapsicología y clínica, 100 años después*.
- De Biase, T. (7 de mayo de 2006). Sigmund Freud: juicio al diván. *La Nación*.
- Do Rego Barros, R. (2007). O cognitivización o psicoanálisis. Obtenido de *Bitácora Lacaniana* Nro. 2. *El psicoanálisis hoy*:
http://www.nel-amp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=71
- Eidemberg, A. (2002). *Los efectos terapéuticos y sus razones*. Obtenido de Escuela de la orientación lacaniana:
www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/eidemberg.doc
- Fajnwaks, F. (2008). *Del "hedonismo contemporáneo" como empuje al plus-de-gozar*. Obtenido de Virtualia #17:
<http://virtualia.eol.org.ar/017/default.asp?dossier/fajnwaks.html>
- Febbro, E. (25 de setiembre de 2005). Fuego contra el diván. *Página 12*.
- Fonagy, P., Kächele, H., Krause, R.; Jones, E., Perron, R. (1999). *Una Revisión de Puertas Abiertas de los Estudios de Resultados en Psicoanálisis: Informe Preparado por el Comité de Investigación de la API a pedido de su Presidente*. Londres: IPA. Obtenido de Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, Nº. 11:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1233891>
- Godoy, C. (2006). Tristeza y depresión. Obtenido de Virtualia #14:
<http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/godoy.html>
- Goldenberg, M. (15 de 3 de 2012). DSM-5 y el universo psi: ¿diagnósticos a la medida del mercado? (P. Chacón, Entrevistador)
- Gorostiza, L. (s/f). *El hombre sin secretos*. Obtenido de La mujer de mi vida. Año 3. Nro. 31:
http://www.lamujerdemivida.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=179
- INSERM. (2004). *Présentation du Rapport de l'INSERM "Psychothérapie, trois approches évaluées"*. Obtenido de Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale:
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>
- Laurent, E. (11 de diciembre de 2006b). Entrevista a Eric Laurent. (E. Cueto, Entrevistador) Obtenido de El Sigma.com:
<http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11271>
- (2008c). *Usos de las neurociencias para el psicoanálisis*. Obtenido de Blog de la Asociación Mundial de Psicoanálisis:

- <http://ampblog2006.blogspot.com/2008/07/usos-posibles-de-las-neurociencias-para.html>
- Layard, R. (6 de agosto de 2006). Ahora podemos medir la felicidad de la gente. (J. Libedinsky, Entrevistador)
- Leguil, F. (2000). *La médecine et la science : comment compter avec le sujet? Conférence à Strasbourg le 16 juin 2000*. Obtenido de ORNICAR? Digital Nueva serie, Nº 304: <http://wapol.org/es/articulos/Template.asp?intTipoPagina=2&intPublicacion=5>
- Lombardi, G., Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E. y Gurevich, M. (2004). La preocupación por los efectos terapéuticos del psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA. Volumen XII*, 265-269.
- Lutereau, L. (15 de 3 de 2012). DSM-5 y el universo psi: ¿diagnósticos a la medida del mercado? *Revista Ñ. Clarín*.
- Maladesky, A. (1996). La eficacia del psicoanálisis. *Jornada Científica de Graduados. A 100 Años de la Creación del Psicoanálisis. Su Eficacia*, Bs. As., Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- Millas, D. (16 de agosto de 2012). En la época de la felicidad química. *Página 12*.
- Miller, J. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana nº 32. Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya*, 7-42.
- (28 de setiembre de 2005a). Autodiálogo imaginario sobre la verdadera cuestión de las terapias comportamentales. *Libération*.
- (2005b). *La respuesta del psicoanálisis a la terapia cognitivo-comportamental*. Obtenido de . . Psicoanálisis Lacaniano en Arequipa y en el mundo . . : <http://lacanianosarequipa.wordpress.com/2010/06/09/la-respuesta-del-psicoanalisis-a-las-terapias-cognitivo-conductuales-tcc/>
- Moguillansky, R. (1996). Reflexiones acerca de la eficacia del psicoanálisis. *Jornada Científica de Graduados. A 100 Años de la Creación del Psicoanálisis. Su Eficacia*, Bs. As., Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- Monribot, P. (2010). *¿Qué significa hoy en día curarse psicoalógicamente?* Obtenido de Espacio del Campo Freudiano de Granada: <http://www.icf-granada.net/conde1011.htm>
- Nepomiachi, R. (2001). *El médico, las tecnociencias y el psicoanálisis*. Obtenido de Virtualia #1: <http://virtualia.eol.org.ar/001/notas/index-001.html>
- Pavón, H. (22 de febrero de 2004). ¿Cómo regular el psicoanálisis? *Revista Ñ*.
- Rubistein, A. (2002). *¿Que debo hacer para articular la teoría y la clínica con la investigación*. Obtenido de Psicomundo: <http://www.psicomundo.com/foros/investigacion/rubistein2.htm>
- Salinas, M. V. (2012). *Revisión crítica de los desarrollos sobre pulsión de muerte y su manifestación en la clínica como reacción terapéutica negativa. El papel de lo económico-pulsional en los obstáculos de la praxis psicoanalítica*. Obtenido de Facultad de Psicología. UBA: <http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/ubacyt/becarios/maestrias/salinas.php>
- Trotta, L. y Araújo, F. (2006). *Investigación y eficacia: antecedentes, obstáculos y giros teóricos y técnicos en la obra de Sigmund Freud*. Obtenido de www.geocities.ws/congresoinvestigacion/Araujo_Trotta.htm
- Zuberman, J. (2001). *Porqué el psicoanálisis aún...* Obtenido de Escuela Freudiana de Buneos Aires: www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1137.pdf